



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

**Apreciación De La Difusión De Acciones De Una Norma Técnica Contra
La Tuberculosis En Pacientes De Posta Médica, Lima, 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL EN:
Licenciada en Ciencias de la Comunicación**

AUTORA:

Sánchez Pérez, Stefany Yoselyn (ORCID: 0000-0001-9656-0536)

ASESOR:

Dr. Medrano Carbajal, Adolfo Manuel (ORCID: 0000-003-3167-967X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Comunicación para el Desarrollo Humano

**LIMA - PERÚ
2021**

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi hijo Ángel Santiago Villacres Salas, a mi esposo Miguel Villacres, a mis padres y hermanos quienes son mi mayor motivación por salir adelante y cumplir todas mis metas.

Agradecimiento

Agradezco a todas las personas que estuvieron conmigo, brindándome su apoyo y la oportunidad de demostrar que puedo ser un ejemplo más de superación, a la casa de estudios por haberme brindado una educación de calidad y conocimientos, así mismo a mi Asesor Adolfo Medrano por sus orientaciones, conocimientos y paciencia en todo el desarrollo y culminación del trabajo de investigación.

GENERALIDADES

Título: Apreciación de la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de posta médica, Lima, 2019.

Autora: Sánchez Pérez Stefany Yoselyn.

Asesor: Dr. Adolfo Manuel Medrano Carbajal.

Tipo de Investigación: Descriptiva no correlacional.

Línea de Investigación: Comunicación para el desarrollo humano.

Tiempo de estudio: Abril 2019- Diciembre 2019.

Índice

Carátula

Dedicatoria

Agradecimiento

Página del Jurado

Declaratoria de autenticidad

Índice

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN

II. MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación.....	27
2.1.2 Nivel de investigación	27
2.1.3 Diseño de investigación.....	27
2.1.3.1 Transversal	27
2.1.3.2 Enfoque	28
2.1.3.3. Método	28
2.2 Población, Muestra y muestreo	28
2.2.1 Población	28
2.2.2 Marco Muestral	29
2.2.3 Muestra.....	29
2.2.4 Muestreo	30
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad Técnicas	32

2.3.1 Técnica	32
2.3.2 Instrumento.....	32
2.3.3 Validez.....	32
2.3.4 Confiabilidad	34
2.4 Procedimiento	36
2.4.1 Variables y Operacionalización de Variables.....	36
2.4.1.1 Variable Independiente.....	37
2.4.1.2 Variable dependiente	37
2.4.1.3 Variable Interviniente.....	38
2.4.1.4 Operacionalización de variables.....	39
2.4.2 Modo de recolección de la información.....	41
2.5 Método de análisis de datos	42
2.5.1 Estadísticas	42
2.5.1.1 Alpha de Cronbach.....	42
2.5.1.2 V de Aiken	43
2.6 Aspectos éticos.....	43
2.6.1 Objetividad	43
2.6.2 Originalidad.....	44
2.6.3 Veracidad.....	44
III. RESULTADOS	45
IV. DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIÓN	55
VI. RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS	59
ANEXOS.....	65

Anexo 1: Instrumento para la recopilación de datos	66
Anexo 2: Validación de expertos	68
Anexo 3: Fotos de encuestas	72
Anexo 4: Imágenes del ministerio de Salud – Datos de estudio.....	74
Anexo 5: Resolución Ministerial.....	79
Anexo 6: Encuestas aplicadas	116
Anexo 7: Evidencia de Turnitin.....	133

Índice de Figuras

Figura 01: Fórmula del tamaño muestral	29
Figura 02: Criterios de Interpretación de Alpha de Cronbach.....	36
Figura 03: Alpha de Cronbach	40
Figura 04: V de Aiken	41

Índice de tablas

Tabla 01: Total de población	28
Tabla 02: Rango de edades	31
Tabla 03: Composición de muestra según la edad	31
Tabla 04: Validez de Expertos	33
Tabla 05: Aprobación de expertos basado en el contenido de v de Aiken	33
Tabla 06: Alpha de Cronbach general	35
Tabla 07: Alpha de Cronbach Variable 1.....	35
Tabla 08: Alpha de Cronbach Variable 2.....	35
Tabla 09: Operacionalización de las variables	39

RESUMEN

La investigación titulada *Apreciación de la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de posta médica*, Lima, 2019, realizado en 1 año, teniendo como autores principales, Cordovez, A. (2007) y Farga, V & Caminero, J., (2011). El método que se aplicó para el desarrollo de tesis es deductivo con un enfoque cuantitativo, el tipo de investigación es aplicada, de nivel descriptivo no correlacional, diseño no experimental, con una población de 183 pacientes, obteniendo una muestra de 124 pacientes. Se utilizó la técnica de recolección de datos. La investigación llegó a la conclusión que los pacientes se muestran a favor que se difunda la norma técnica contra la tuberculosis que promueve el Ministerio de Salud luego que los resultados indiquen que 124 de los pacientes que están en programa de TBC, un 46,8% dieran respuesta que desconocen de sus enfermedad, por lo cual se recomienda una ejecución de estrategias para la difusión sobre la tuberculosis y sus características, así como la implementación de campañas para una mejor información.

Palabras Clave: Difusión, Tuberculosis, Ministerio de Salud

ABSTRACT

The research entitled appreciation of the dissemination of actions of a technical norm against tuberculosis in patients of medical post, Lima, 2019, carried out in 1 year, having as main authors, Cordovez, A.(2007) and Farga, V & Caminero, J., (2011). The method that was applied for the development of the thesis is deductive with a quantitative approach, the type of research is applied, of non-correlational descriptive level, non-experimental design, with a population of 183 patients, obtaining a sample of 124 patients. The data collection technique was used. The investigation concluded that patients are un favor of disseminating the technical norm against tuberculosis promoted by the Ministry of Health after the results indicate that 124 of the patients who are un TB program, 46.8% the will respond that they are unaware of their illnesses, which is why it is recommended to execute strategies for the dissemination of tuberculosis and its characteristics, as well as the implementation of campaigns for better information.

Keywords: Diffusion, Tuberculosis, Ministry of Health

I: INTRODUCCIÓN

Realidad Problemática

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa causada por la bacteria Bacilo de Koch o también conocida como Mycobacterium. Es un serio problema, pues sigue siendo una crisis de salud pública por su alta incidencia de casos y siendo una amenaza para la seguridad sanitaria, ya que esta infección se trasmite de una persona a otra a través del aire, afectando a toda la sociedad. Es por ello que esta enfermedad puede incidir también en cualquier otro órgano o tejido, en su mayoría el 80 y 85% se presenta en los pulmones.

Cuando una persona que padece de tuberculosis tose, escupe o estornuda, expulsa tubérculos al aire, teniendo en cuenta que basta que una persona inhale pocos bacilos pueda quedar infectada. La Organización Mundial de la Salud en el año 2008 señaló que la tuberculosis es una enfermedad que afecta más de una vez a quien la tuvo, puesto que no está libre de volver a contraerla, las personas que se encuentran vulnerables a sufrir otro tipo de enfermedades como el VIH, diabetes o desnutrición, corren mucho mayor riesgo de contraer esta enfermedad.

Según la Organización Mundial de Salud en el 2008 la tuberculosis es una de las enfermedades que causan más muertes en el mundo. En los últimos años 10 millones de personas tuvieron que enfrentar la tuberculosis y 1.6 millones murieron a causa de ella. Se estima también que en el año 2017 un millón de niños sufrieron de esta enfermedad y que 230 000 murieron. En el año 2016 en la Región de las Américas se notificó 233,793 total de casos nuevos y recaídas 221,008 de estos un 85% corresponde a tuberculosis pulmonar y el 77% fueron confirmados bacteriológicamente. Brasil aporta el 35% mientras que Perú un 14% de total de casos, constituyéndose así un número elevado de riesgos en la Región de las Américas.

En Perú en el año 2016 se notificaron 31079 de casos, de los cuales 74% fueron notificados por el (MINSA) Ministerio de Salud y el 19% por EsSalud, el 6% por el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% por las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú (PNP)

Las incidencias notificadas fueron de manera descendente desde el año 1992 hasta el año 2001 con cifras de 6 a 7% anual. La tasa de incidencias que encontraron en descenso desde el año 2006, siendo así más lento en los últimos 5 años. Al realizarse la estratificación según diversos escenarios de riesgos se tiene a nivel nacional, regiones de muy alto riesgo de transmisión

como Callao, Lima, Loreto, Madre de Dios y Ucayali teniendo tasas de incidencias entre un total de 115 a 208 por 1000000 habitantes. De un total de casos reportados a nivel nacional se sabe que el mayor índice de porcentaje se encuentra en Lima y el Callao con una tasa de 64%.

Es así como la Tuberculosis sigue siendo una enfermedad de mucho cuidado, en las postas médicas no se realizan campañas y la difusión necesaria poniendo los materiales comunicacionales acerca de la prevención y tratamiento de la tuberculosis, ya que se puede observar que la mayoría de difusión se encuentra basada en anemia o vacunas para los niños; tanto en medios tradicionales y medios no tradicionales dejando de lado la tuberculosis, siendo una enfermedad de riesgo ya que, sigue siendo preocupante para la sociedad por su alto grado de incidencias. Teniendo en cuenta que, cuando la enfermedad se presenta de forma activa en una persona; contrae los siguientes síntomas: tos, fiebre, pérdida del peso, debilidad, sudores nocturnos, dolor de pecho, etc. Estos síntomas se pueden presenciar de forma leve al inicio, como consecuencia de eso, muchos pacientes no le toman el interés necesario y tardan en buscar atención médica, poniendo en riesgo su salud y de las personas que se encuentran a su alrededor.

A lo largo de los años, una persona con tuberculosis puede llegar a infectar de 10 a 15 personas que tienen un contacto no tan cercano, y si estas no reciben el tratamiento correspondiente, hasta dos terceras partes de las personas contagiadas podrían morir. Es por ello que se le pide a las personas, no esperen sentirse mal para poder acudir a un centro de salud, ya que podríamos poner en riesgo nuestras vida y de las personas que tenemos a nuestro alrededor, de tal manera una vez confirmada la enfermedad se debe continuar con una debida responsabilidad el programa para poder combatir la enfermedad y que esta no se siga propagando. También tener presente la importancia de la difusión en cuanto a la información que se les debe brindar a las personas que desconocen de una enfermedad que sigue siendo preocupante para la salud. Es así que en la Posta Médica Jaime Zubieta se encuentra una deficiencia de difusión, ya que no se observa ningún tipo de material comunicacional que dé referencia a la enfermedad, su prevención o el tratamiento que debería llevar, es por ello que se ha observado el abandono de los tratamientos poniendo el riesgo la vida del paciente y las personas a su alrededor. Se apreció también que en las plataformas digitales del Ministerio de Salud de la tuberculosis, se encuentra en total desactualización ya que se puede apreciar que

han subido documentos y estadísticas solo hasta el año 2017, tampoco se hace visible la norma técnica 752-2018 la cual habla del tratamiento que deberían llevar las personas con tbc resistentes a los medicamentos. Por otra parte el Ministerio de Salud da a conocer mediante su página web afirmando que las personas con tuberculosis no son captadas, si no llegando al centro de salud ya con enfermedad, haciendo que aumente el índice de población infectada, se puede observar que con el transcurso de los años aún no se están tomando las medidas para poder reducir el alto índice de personas con tuberculosis.

Es por ello, la presente investigación tuvo como finalidad la apreciación de la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de posta médica, Lima, 2019. Y de esta manera poder dar un aporte a las personas que desconocen la enfermedad y asimismo servir como fuente de información para los próximos investigadores.

A continuación se presentarán los trabajos previos internacionales.

Internacionales

López, J. (2011). *“Estrategia de comunicación para difundir las actividades culturales que se realizan en el centro Cultural Miguel Ángel Asturias”*, tesis para optar el título profesional en Ciencias de la Comunicación. Universidad de San Carlos de Guatemala. El objetivo de la investigación fue determinar cuáles eran las estrategias de comunicación más adecuadas para difundir las actividades culturales que se realizaron en el Centro Cultural Miguel Ángel Asturias. Tuvo como conclusión que las personas que se encontraban interesadas en cuanto a las actividades culturales que se realizarían en el CCMMA tuvieron dificultad para poder informarse sobre el tema, de tal manera que la divulgación es deficiente y escasa.

Cedillo, G. (2013). *“Campaña de difusión para la radio Unam”*, tesis para optar el título profesional en Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Universidad Autónoma de México. El objetivo de la investigación fue difundir información sobre la oferta programática de la radio UNAM y los eventos culturales que organizan para así poder fomentar en la comunidad infantil estudiantil, una fascinación por la radio y sus programas en cuanto a las distintas actividades patrocinada y organizadas por la radio. Se concluyó que la radio UNAM, se convirtió en una radiodifusora que se encontró comprometida a llevar a través de las emisoras la cultura, la ciencia, el arte, tanto así la comunidad universitaria como quienes

escuchan la emisora, ofrecerán un contenido de una buena calidad en tanto al contenido, temática y producción.

Molina, M. (2015). *“Propuesta de proyección estratégica para la difusión y acceso de las revistas científicas académicas de la Universidad de la Habana”*. El objetivo de la investigación fue diseñar una propuesta de estrategias para evolucionar al acceso y la difusión de las revistas científicas académicas de la Universidad de la Habana. Se concluyó que las estrategias propuestas permitieron el reposicionamiento de un sistema de revistas científicas de la universidad de la Habana en cuanto a la difusión, acceso y visibilidad de la ciencia.

Ruiz, R. (2013). *“Programa de difusión sobre el deporte adaptado en México: CEPAMEX”*. Tesis para optar el título profesional en Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo de la investigación fue diseñar un programa de difusión para poder atraer, motivar, integrar y reconocer a los profesionales del deporte adaptando a través de los programas y actividades ofrecidos por el CEPAMEX. Se concluyó que las características de CEPAMEX evidencio las necesidades del estudio para analizar e identificar las necesidades, funcionamiento y dinámicas sobre cómo se podrían sostener las relaciones humanas en su interior.

Acosta, S. (2015). *“Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de microred de Santa Ana – Huancavelica 2014”*, tesis para optar el título profesional en Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Huancavelica. El objetivo de la investigación fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en los familiares de usuarios en cuanto a la estrategia sanitaria en la prevención y el control de la tuberculosis de la microred. Se concluyó que se evidenció que el 4.3% tuvieron un nivel de conocimiento alto acerca de la tuberculosis, en 48.9% medio y el 46.8% es bajo.

A continuación se presentarán los trabajos previos nacionales.

Nacionales

Chumbi & Julian (2018) *“Aplicación de estrategias de comunicación bajo el enfoque pidiches*

para mejorar el nivel de conocimientos y prácticas de salud en pacientes con tuberculosis del hospital belén de Trujillo, 2017”, tesis para optar el título de Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional de Trujillo. El objetivo de la investigación fue determinar en qué medida la aplicación de las estrategias de comunicación bajo un enfoque PIDICES podría mejorar el nivel de conocimientos y las prácticas de la salud en cuanto a los pacientes con Tuberculosis del Hospital Belén. Se llegó a la conclusión que antes de poder realizar y aplicar las estrategias de comunicación en un enfoque PIDICES la gran mayoría de pacientes tenía un bajo nivel de conocimientos acerca de la enfermedad, después de dicha aplicación se incrementó en un 57% alcanzando un nivel medio, el otro 43% un nivel alto, y en el nivel bajo no se registró ningún paciente.

Reátegui, C. (2018) *“Análisis de la difusión gubernamental de la conciliación extrajudicial en el distrito de Puente Piedra 2017”*, tesis para optar el título de Maestría de Gestión Pública. Universidad César Vallejo. El objetivo de la investigación fue analizar si se difundió gubernamentalmente la Conciliación Extrajudicial en el Distrito de Puente Piedra 2017. Concluye que luego de analizar la difusión de las Políticas Públicas, se llegó a la conclusión que en cuanto al distrito la mínima difusión fue en el año 2017, se concluye que en ese año la difusión fue mínima, por ello la información que demuestra el gobierno para poder garantizar el derecho a la cultura de paz y los antecedentes señalan que las políticas públicas en cuanto a la conciliación con los instrumentos necesarios para poder integrar a la sociedad deben ser ejecutadas.

Gordillo, F. (2018) *“Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis en la Microred Pachacutec –ventanilla, 2018”*, tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. El objetivo de la investigación fue Determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la depresión en los pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec. Se concluyó que en cuanto al nivel de adherencia en el tratamiento en los pacientes con Tuberculosis de la Microred, se concluyó que el sexo masculino es más adherente que el sexo femenino.

Remigio, E. (2012) *“Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima norte y Rimac – San Martín - Los Olivos”* tesis para optar el

título en Licenciada en Enfermería. El objetivo fue identificar los factores que pueda inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis, en la Red de salud de Lima norte en el Rímac, San Martín y Los Olivos. Se concluyó que el sexo predominante en el abandono de tratamiento fue el del sexo masculino, con una condición de soltero y con solo los estudios de secundaria terminados, mayormente la población fue de la sierra.

Villar, V. (2016) *“Evolución de la tuberculosis en la Provincia de Soria 1994-2013”*, tesis para optar el título de Doctora en la Universidad de Valladolid. El objetivo de estudio dio conocer la situación epidemiológica acerca de la tuberculosis en la provincia de Soria y acerca de su evolución durante los últimos 20 años. Se concluyó que las incidencias de tuberculosis en la provincia de Soria mostraron en descendente desde el año 1995. La se redujo en un 65% entre los años 1995 y 2013.

Posteriormente se presentarán las teorías relacionadas al tema.

Teoría de la espiral del silencio

Neumann, E. (1995) formula que una minoría de un conjunto de una población bulliciosa y una mayoría cautelosa. Es así que las personas con un alto nivel educativo, que tiene un alto nivel económico, y nacen como personajes de un cambio para la sociedad y algunas personas de niveles socioeconómicos bajo, con poca educación que nace para poder brindar estabilidad. Es por ello que los medios de comunicación, que se encuentra influenciado por un grupo de personas no numerosas, determinan temas de coyuntura, debate, opiniones, quienes favorecen a las personas mayoritarias con sus opiniones dándoles estabilidad en los asuntos públicos. Es así que los medios son quienes vuelven algunas opiniones de manera mayoritaria. La espiral del silencio tiene como base el miedo el temor a un aislamiento de que los que componen a una sociedad. Esto obliga a las personas a deber adaptarse a las posturas, opiniones o ideas que llegues a ser semejantes con la mayoría de personas. Una de las limitaciones que son importantes se da en los medios masivos de comunicación para sí poder dar más opiniones, una mejor postura y poder hacer una mejor ideología de forma masiva (p. 1,2). Esto se refiere a que los medios de comunicación proveen a la sociedad información para que a partir de esto se cree la opinión pública y pueda partir la dominancia de ideas y opiniones.

Teoría de estructuralismo

Desarrollada inicialmente por diversos estudiosos, pero acuñado principalmente al teórico Ferdinand Sausurre. Este último, Sausurre (1916) forjó al estructuralismo, como un movimiento, “Busca las estructuras por donde se producen los significados dentro de una imagen, sonido, entre otros asociados a las culturas humanas”, siendo que estas pueden ser tanto verbales como no verbales, enfocándose así en el estructuralismo lingüístico, así como en el estructuralismo antropológico.

Strauss, L. (2009) La referencia al estructuralismo pudo hacer la ilusión que las ciencias humanas eran, similares a las ciencias exactas, de la manera que no tienen ningún sentido, por ello el equivalente de unas ciencias, los objetos son en ocasiones objetos históricos, que son recopilados de la historia y que van cambiando con ella. El estructuralismo hoy en día es útil en tres aspectos, Primero definiría el método para un estudio de fenómeno, en segundo lugar esta propone un método materialista que trae el funcionamiento del cerebro para la realización de instituciones. La relación social que es entre uno y otro, hoy en un contexto ha variado. Es así que es un movimiento humanístico que está basado en estilos de pensamientos de varios autores en donde los medio de comunicación son formas de poder transmitir y reestructurar para poder explotar el mensaje o pensamiento, de esta manera poder reforzar condiciones que ya posee la sociedad, quienes se forman mediante reglas y estructuras en base a experiencias, acontecimientos, producto de las normas ya asimiladas en la sociedad dando como resultado significativo (p.9).

“Structuralism, conceived of as a metaphysical position in philosophy of science, is motivated by two different lines of thought. Firstly, an observation about theory change has been taken to indicate that what is preserved in theory change—and thus does not fall prey to pessimistic meta-induction—is the structure postulated and represented in the theories mathematical equations rather than the entities postulated by the theories”. (Hüttemann, 2017, p.4)

Hüttemann (2017) explicó en su investigación “Structuralism, causation and explanation” o por su traducción al español “Estructuralismo, causalidad y explicación”, que el estructuralismo “está motivado por dos líneas diferentes de pensamiento”, teniendo en primer

lugar una observación sobre el cambio de teoría para indicar que lo que se observa y que por lo tanto no es presa de la metainducción pesimista, opinándola como la estructura postulada y representada en las ecuaciones matemáticas.

A continuación se definirán las variables.

Variable 1: La difusión

La difusión es una importante propagación para un valioso comunicado o anuncio como lo mencionó Cordovez, A. (2007) la difusión es parte fundamental de la comunicación, pero siempre teniendo presente que no abarca en su totalidad pero sí, cubre una cierta parte, el hecho de difundir un hecho importante para poder informar, poder emitir de manera unidireccionalmente algún tipo de mensaje. Arvizu, Del foro, Gonzales, Gutiérrez & Juárez (2017) El poder del papel de la difusión dentro de la comunicación es muy importante ya que mediante esto la información podrá llegar con mayor facilidad a las otras personas y así poder generar un impacto mayor, haciendo así que el objetivo trazado se pueda cumplir. La difusión de contenidos en las redes sociales ha sido un fenómeno los últimos años, ya que no solo lo utilizan las personas si no también grandes organizaciones y compañías, para poder difundir algún tipo de contenido (pág. 8). Es por ello que difundir es un hecho mismo de poder informar, de poder emitir de manera unidireccional un mensaje, Por lo tanto la tarea de un emisor y no siempre del receptor es poder difundir y poder propagar algún tipo de mensaje que sea de interés.

Everett, M. (1999) expresó que la difusión es un proceso por el cual se hace comunicado a la innovación a través de distintos canales con el pasar del tiempo entre miembros de una misma sociedad. Este es un tipo de comunicación especial, ya que los mensajes serán dados por nuevas ideas para un tema de interés. La comunicación es un desarrollo en el que las personas crean y pueden compartir información entre sí para poder tener un mejor entendimiento (p.5)

A su vez, autores como Cefalu, Begel, Petersen y Darsow (2018) manifestaron en su artículo científico titulado *“American Diabetes Association’s Standards of Care: A Paradigm Shift in the Dissemination of Information”*, o por su traducción al español “Estándares de atención de la Asociación Estadounidense de Diabetes: un cambio de paradigma en la difusión de

información” que la difusión de información es importante en todo tipo de carreras ya que de lo contrario, no se hubieran concretado medicinas para, por ejemplo, tratar enfermedades mortales, siendo pieza clave para el desarrollo de la sociedad y su supervivencia.

Dimensión 1: La difusión documental

La difusión documental es principalmente requerida por ciertas necesidades o por algún inconveniente de alguna persona que requiera algún tipo de información. Castillo, L (2004) expresó que todo centro que contenta documentación, recogerá y procesará algún tipo de información con el único propósito de poder difundirlo y darlo a conocer. Se puede definir también que la difusión de documentación es el proceso por el cual se puede transmitir al usuario algún tipo de información que necesita y así poder darle alguna posibilidad de obtenerla. (p.1) Es así que la difusión documental nos avala algún tipo de documentación que necesitamos o que por algún motivo requerimos para tener algún tipo de conocimiento por algo que se desconoce.

Indicadores de la dimensión 1.

- **Difusión de documentos Primarios**

Según Castillo, L (2004) el usuario puede tener el derecho de consultar ficheros, pero a esto se tiene que solicitar con tiempo y a un empleado que se encuentre trabajando. Esto se aplica en los documentos que son especiales, ya sea por su contenido, soporte, materiales débiles, en otros casos los materiales valiosos (p.3). También se debe tener en cuenta el libre acceso, los documentos se deben encontrar a la disposición de las personas quienes generalmente buscan la información por algún criterio temático. También se tiene conocimiento que los usuarios que adquieren de algún tipo de documentación deberán tener en cuenta que solo lo tendrán por un tiempo determinado ya que el documento requerido deberá ser devuelto, o en otros casos podrá obtener la copia del documento y así ya no tendrá que devolver el documento.

Por lo tanto los documentos primarios son documentos que requieren ser solicitados ya que son de suma importancia por su contenido.

- **Difusión de referencias de documentos**

Según Castillo, L (2004) en su mayoría algunos centros que tienen documentación, tendrán que elaborar publicaciones de manera secundaria que contendrán las referencias de los documentos y podrán así transmitir su conocimiento para los usuarios. Para poder desarrollar los productos secundarios se tendrá que tener en cuenta un número grande de usuarios que tengan un mismo interés, con el único objetivo que los documentos puedan satisfacer a un gran conglomerado de personas. Por lo tanto la referencia de documentos nos trata de decir que en su contenido tienen información de tipo secundaria en cuanto al requerimiento por la cantidad de números de personas que la soliciten (p. 3).

Comins y Leydesdorf (2016) agregaron en su investigación titulada “Identification of long-term concept-symbols among citations: Can documents be clustered in terms of common intellectual histories?” que mucho de esto depende de las buenas relaciones que puedan tener los trabajadores de una organización, puesto a que pese a que existan dichas referencias, el solo hecho de no haber compañerismo resultará en una desorganización con graves resultados grupales. (p. 5).

- **Difusión de selectiva de información**

Según Castillo, L (2004) es un método de difusión que se encuentra a la carta de las personas, la cual ofrece a cada persona obtener las referencias de los documentos que necesiten en cuanto sea su interés, a partir de obtener los documentos será por un determinado periodo, esto les proporciona a las personas una información más personalizada, selectiva y sobre todo periódica, ya sea todo lo nuevo que se esté publicando, por cada periodo que información nueva que llegue, mediante el interés que a cada usuario le corresponde se le hará llegar su información, es por eso que es necesario tener un perfil de interés de cada usuario, este podría ser individual que corresponde al perfil de una sola persona o puede ser colectiva que corresponde a un grupo con los mismo intereses (p.4). Nos quiere decir que la selectiva de información está al alcance de las personas dependiendo de sus temas de interés en cuanto a la información que necesite.

Dimensión 2: Planificación de la difusión

(Castillo et al., 2004) mencionó lo siguiente: El lugar donde se encuentra la documentación debe tener una adecuada difusión de información, también se entiende como el plan de difusión a la institución que conjuntamente se encuentra vinculada con diversas instituciones públicas o privadas o ya sea para personas por individual, esto logra a través de diferentes medios, dinámicas o materiales a llegar a sus objetos para así poder influenciar en su comportamiento, la necesidad de tener un buen plan de difusión como medio para poder acercarse y facilitar una mejor implementación de información (p.6). De esta manera se tendrá claro el proceso que tendría que tener una difusión de información, en tanto a los factores que permitan que sea posible una difusión bien realizada.

Indicadores de la dimensión 2.

- **Conocimientos de los usuarios**

(Castillo et al., 2004) mencionó que se define como las diferentes necesidades y preferencias al momento en el que se recibe la información, ya sea prioridad con la que la persona desea ser informado, aun así sin conocer o desconocer las distintas actividades de información (p.6). Es así como el conocimiento de los usuarios se da en cuanto a sus necesidades, son ellos quienes escogen que tipo de información desean recibir en el periodo en el que lo deseen.

- **Factor económico**

Según (Castillo et al., 2004) Cuando sea escaso el dinero se tendrá que preparar productos con la capacidad de poder satisfacer al mayor número de personas, teniendo que por fuerza mayor dejar de lado los más elaborados o personalizados, haciendo así que cuando el modo de difusión sea de manera electrónica se deba de dejar de lado la producción de documentos en papel por su gran costo (p.6).

En cuanto a la definición del factor económico nos dice que si no contamos con el dinero requerido, tendríamos que buscar otro tipo de forma y cosas que puedan suplantar la decadencia del dinero, dejando de lado el primer plan que contaba con materiales más elaborados y costosos.

“Strategy involves a special joint effort to promote the idea of sustainable development in society. Universities have shared responsibility for creating space for «new thinking about global economic development, focusing on sustainable development», for generating of new ideas and critical reassessment the old methods”. (Pivnyak, Shvets y Palekhova, 2016, p. 12)

En este apartado, Pivnyak, Shvets y Palekhova (2016) explicaron que para llevar pretensiones económicas, se debe de elaborar una serie de estrategias para el desarrollo de una organización o de una comunidad. Esto, para prever futuros incidentes que puedan perjudicarlos y así poder compartir responsabilidades en la delegación, creando así espacios para “nuevas ideas sobre la economía global centrado en el desarrollo sostenible”.

- **Factor Institucional**

(Castillo et al., 2004) mencionó lo siguiente: cada institución cuenta con su propio reglamento, por ello la institución supone que en cuanto a su información debe ser requerida de manera formal, de tal manera que esto nos ayudara a poder determinar qué tipo de difusión se podrá hacer y a que usuarios será accesible la información (p.6) Por lo tanto el factor Institucional nos dice que los reglamentos que presentan son en cuanto a la documentación que se encuentra dentro de una institución, es esta manera dependiendo en que institución se encuentre podremos determinar qué tipo de difusión será.

Dimensión 3: Documentos tradicionales para la difusión de información

Según (Castillo et al., 2004) los documentos tradicionales son aquellos que tienen una información que es registrada en una base que permitirá un mejor almacenamiento y mediante ese proceso obtener una recuperación, podrán ser archivos digitales como impresos. Como por ejemplo boletines informativos, revistas, dossier de prensa etc. (p. 2). Estos documentos son de alto significado ya que contienen información registrada y puede ser guarda para una posterior difusión.

Indicadores de la dimensión 3.

- **Boletines informativos**

(Castillo et al., 2004) Es exclusivo para las personas internas de una organización o personal que se encuentra indirectamente unido a la organización. Mantienen informado de novedades de la organización, actividades, días de acontecimiento importantes, materiales seleccionados, cambios de horarios, introducción de nuevos servicios (p.7). Esto nos quiere decir que los boletines informativos son de uso de personal interno de una organización para mantenerlos informados de algún acontecimiento o cambio de actividades dentro de la organización.

Anexado a eso, Giberson (2019) agregó en su artículo científico titulado “The Mayfly Newsletter” o por su traducción al español “El boletín de Mayfly”, que en las organizaciones modernas, estos boletines cuentan con difusiones digitales vía redes sociales como el Facebook o WhatsApp a través de los denominados “grupos sociales” contando así con enlace a los problemas en el sitio digital para poder resolver dudas o informar sobre los nuevos roles que deberán de asumir en la compañía.

“Usually people would rather open emails received from a person than emails coming from an auto “no-reply” address. In this case, the best Newsletter content could never be fully exploited, if it’s not sent by a real name of an important person in the company. Moreover, this method allows those who received the newsletter to reply to the sender with their feedback”. (Patrutiu, 2016, p. 63)

En su traducción al español, el autor enfocó el uso de los boletines informativos pero desde las plataformas digitales, resaltando así su importancia en el ahorro del papel y en la reducción del coste de la imprenta. Sin embargo, recomendó que una de las formas de evitar que su contenido sea ignorado por los usuarios es hacer que los mensajes contengan asunto y un destinatario, ya que mayormente las personas suelen ser desconfiadas. De esta manera, no se prestaría a malinterpretaciones o a ser tachado de contenido engañoso.

- **Revista de prensa**

(Castillo et al., 2004) Es una publicación impresa que reúne una serie de artículos o noticias sobresalientes en la prensa diaria para beneficio del usuario, es de transito diario, requiere de mucha paciencia, dedicación y tiempo para poder realizarlo (p.7). Por lo general puede ser semanal o mensual, muchas de las revistas tienden a tener su versión digital o simplemente comercializarse digitalmente.

Similar a lo ocurrido con los boletines, Hudák, Kianičková y Madleňák (2017) expresaron que la innovación del siglo XXI es la difusión de contenido escrito vía páginas webs. Esto, ya que representa una mayor facilidad en cuanto a su publicidad y envío del material a los consumidores, ahorrándoles el tiempo de ir a un punto de venta para adquirir el ejemplar cuando puede obtenerlo a solo un “clic”. Además, de contar con diferentes maneras de presentación de la empresa fácilmente editables y mejorables en contraposición con las versiones impresas, los cuales requerían de una reedición para cumplir el mismo fin.

Muy aparte del tiempo de publicación, Motilla y Gonzáles (2018) profundizaron en el tema al tocar los tipos de contenidos que estos podrían ofrecer, siendo los más enriquecedores todos aquellos relacionados con la educación y la difusión de imágenes como retrato de las experiencias vividas en el pasado. “Another area, complementing the aforementioned research line, has looked at the use of photography as a tool to strengthen textual discourse in print media and illustrated magazines in photographic reports on education aimed at a non-specialised audience”. (p.41)

- **Dossier de prensa**

(Castillo et al., 2004) Es de gran similitud a la revista de prensa, pero el única diferencia que se le agregan recorten o fotocopias de noticias de información diaria, suele ser monotemático al solo dirigirse en un tema en específico de una institución u organización. (p.7). Esto nos quiere decir que el dossier de prensa cumple la misma función de hacer difusión de información pero de manera monotemática y agregándole recortes y fotocopias teniendo siempre actualizaciones de una organización.

“Not only had the newspaper been transformed into the most dynamic and profitable of all products of the printing press by the end of the

century, but it had also been securely implanted into the cultural landscape as an essential reference point in the daily lives of millions of people”. (Jones, 2016, p. 2)

En su traducción al español, el autor aclaró que no solo el periódico y sus derivados se habían transformado en el más dinámico y rentable de todos los productos de la imprenta al final del siglo, sino que también se había implantado de forma segura en la cultura como punto de referencia esencial en la vida cotidiana de millones de personas. (p.2)

Variable 2: La Tuberculosis

Farga, V. & Caminero, J. (2011) mencionaron que, cuando *Mycobacterium tuberculosis* se introduce en una población que se encuentra sin ninguna enfermedad a los pulmones, esto de alguna forma se desarrolla con mayor rapidez (...) la tuberculosis ha entrado en distintos momentos de la historia en los diferentes países, es por ellos que el mundo cuenta actualmente con poblados con personas mucho más recientes con la enfermedad, en este caso otras en la etapa de tuberculización, con una gran tasa de personas infectadas, con grandes personas infectadas en poco tiempo y contrayendo la muerte (p.5). Por lo tanto la enfermedad como se menciona se ha introducido en diferentes momentos en la historia en los distintos países, es así que la tuberculosis abarca a poblaciones que no tienen ningún tipo de enfermedad, haciendo que tengan una tasa elevada de infección y en casos entremos la mortalidad.

Los analistas del Ministerio de la Salud y Presidencia de la nación (2009) informaron en la guía de tuberculosis que es una enfermedad contagiosa granulomatosa a causa de una bacteria que opta por nombre *mycobacterium*, o también conocida como bacilo de koch, esta se encuentra ubicada por lo general dentro de los pulmones, aunque también esta podría afectar a diferentes órganos (p.5) Es así que la guía indica que un enfermedad que se propaga que es casa por lo general por una bacteria que se encuentra localizada en el pulmón, pero que no necesariamente ataca solo a esta, ya que también ataca a diferentes órganos.

Expertos de la Organización Mundial de la Salud (2016) mencionaron que la tuberculosis es una enfermedad que inicia al contraer la bacteria, una bacteria que por lo general se manifiesta

en los pulmones, esta se propaga de una persona a otra a través del aire, solo le necesita que una persona inhale disminuidos bacilos para contraer la enfermedad. Es así que la OMS indica que la tuberculosis que solo se necesita una persona con tuberculosis que expulse bacilos y que otra con un sistema inmunológico bajo las inhale para poder contraer la enfermedad.

Starker, J. & Donal, P. (2016) La frecuencia de la tuberculosis en los niños indica la existencia de casos infecciosos de tuberculosis en adultos dentro de la sociedad la cual lo rodea. Cuando el infante se encuentra contagiado, el desarrollo de la enfermedad está determinado en su mayoría por la edad del infante. Una vez contaminado los primeros años de vida la enfermedad acompañara con mayor magnitud a la infección, y los efectos de la contaminación son más probables que sean peligrosos (P. ix).

“The world at large has nearly 30 million people suffering from tuberculosis. Due to market improvement in the socio-economic status of affluent countries and the availability of extremely effective antitubercular drugs up to early 1980s, there was great hope for complete elimination of the disease”. (Tuli, 2016, p. 4)

En su traducción al español, la autora exployó que el mundo en general tiene casi 30 millones de personas que padecen tuberculosis. Debido a la mejora del mercado en el estado socioeconómico de los países ricos y la disponibilidad de medicamentos antituberculosos extremadamente efectivos hasta principios de la década de 1980, había una gran esperanza para la eliminación completa de la enfermedad. Sin embargo, hasta nuestras fechas no hay más que tratamientos y medicinas que retrasan el mal de manera temporal.

Kulchavenga, E. (2014) Un tercio de las ocurrencias de tuberculosis activa no se detectan a su debido tiempo, lo que significa que un aproximado de tres millones de seres humanos caminan con la enfermedad no diagnosticada (p.3).

Niward, K (2019) La tuberculosis es un trastorno infeccioso que se origina en el aire y se afilia con la pobreza, vida saturada y desnutrición, a lo largo de los años se ha podido comprobar que la disminución de la pobreza acompañada del crecimiento económico y el bienestar a

través de reformas estatales son útiles para disminuir el índice nacional de la tuberculosis inclusive sin tener acceso a un tratamiento médico (p.1).

Dimensión 1: Tuberculosis Extrapulmonar

Farga & Caminero et.al (2011). La tuberculosis extrapulmonar compone por lo menos el 20% pero no en todos los casos esta se presenta, pero esta cantidad tiende a elevarse a consecuencia que disminuya el número de reincidencias de las personas con el problema pulmonar, mencionaron también que la reiteración de los diferentes lugares de localización fuera del pulmón varía según el régimen de edad, raza y diferentes situaciones epidemiológicos (p.409). Por lo tanto Farga y Caminero nos señalaron que la tuberculosis extrapulmonar no siempre se presenta, ya que la bacteria varía según el estado en el que se encuentre la persona.

Indicadores de la dimensión 1.

- **Tuberculosis Pleural**

Farga & Caminero et.al (2011) expresaron, la tuberculosis pleural es la consecuencia con más frecuencia de la tuberculosis en niños, adolescentes y adultos, esta se puede desarrollar a cualquier edad. En su mayoría de las veces esta se presenta durante los meses que se inicia la infección por una extensión de manera directa de un tubérculo subpleural (p.426). Por ende Farga y Caminero nos señalaron que la tuberculosis pleural puede y ha atacado en su mayoría a niños, adolescentes y adultos dando a conocer que podría atacar a cualquier edad manifestándose en los primeros meses de contraer la bacteria.

- **Tuberculosis Ganglionar**

Farga & Caminero et.al (2011) La tuberculosis ganglionar se manifiesta en cualquier zona del organismo, esta incluye las partes axilares, inguinales, etc. En ocasiones estas se manifiestan en un 90% en el cuello, hicieron mención también que esta tuberculosis es la que a diferencia del resto, no tiene de manera favorable una mejora, a pesar de recibir ayuda de la quimioterapia, en diferentes momentos durante el tiempo que conlleva el tratamiento, y otros momentos una vez culminado el tratamiento, pueden reaparecer nuevos problemas ganglionares (p.424) Es de esta manera que la tuberculosis ganglionar se presenta en un gran

porcentaje en la zona del cuello, y que en ocasiones son resistentes a las quimioterapias, tal es el caso que pasando el tratamiento pueden reaparecer más.

- **Tuberculosis Cerebral**

Farga & Caminero et.al (2011) manifestaron que, los tuberculosas cerebrales manifiestan un cuadro clínicamente incidente, estos pueden presentar síntomas con distintas características dentro de la masa cerebral que es de manera lenta al manifestarse, ya que solo se manifiesta presentando signos de hipertensión que es conocido por tener convulsiones, cefalea y hemiparesias. Estas son de manera fácilmente de evidenciar con la ayuda de una tomografía al cerebro y con una resonancia (p.422). Por lo tanto la tuberculosis cerebral se puede presenciar en los síntomas que son característicos en cuanto a una cefalea, convulsiones etc. Se puede hacer notar muy fácilmente mediante una tomografía.

“Most of these strokes are due to infarcts located in the middle cerebral artery. Territories, particularly in the so-called of the medial lenticulostriate and thalamo-perforating vessels”. (Starke y Donald, 2017, p. 203)

En su traducción al español, los autores manifestaron que la mayoría de estos accidentes cerebrales se deben a infartos ubicados en la arteria cerebral media. Territorios, particularmente en los llamados vasos lenticuloestriados medianos y talamoperforantes, siendo este uno de los casos más comunes de muertes referidas a la tuberculosis a nivel global.

Dimensión 2: Tuberculosis Pulmonar

Farga & Caminero et.al (2011) manifestaron lo siguiente, a consecuencia que la tuberculosis es una enfermedad de mucho cuidado, esta aun cuando se cura de bacteriológicamente, deja secuelas dentro de los pulmones. En la mayoría de ocasiones las cicatrices de una tuberculosis pulmonar, a consecuencia de una tarde ayuda médica, ya que se le considera una enfermedad al principio de manera asintomática, esta es causante de morbilidad en pequeñas poblaciones y de la mortalidad (p.281). La tuberculosis pulmonar como lo mencionaron Farga y Caminero la persona que la haya tenido la enfermedad podrá tener cicatrices en el pulmón ya que la

bacteria deja bacterias radiológicas, en cuanto la tuberculosis pulmonar es la de mayor preocupación.

Tuberculosis continues to be a major health problem due to the lack of accurate, rapid and cost-effective diagnostic tests. Serodiagnostic tests that incorporate highly specific region of difference antigens, filtered culture protein 10, filtered culture protein 21 and mycobacterial protein from tuberculosis species 64. Recently they have shown promise for the specific diagnosis of TB in our laboratory. However, only a few studies have reported the use of synthetic peptides of RD antigens, and none of those used to differentiate TB from sarcoidosis, a close imitator of pulmonary TB with negative smear smear (PTB) with a completely different treatment. Goyal B, Kumar K, Gupta D, Agarwal R, Latawa R, Sheikh JA, *et al.* Utility of B-cell epitopes based peptides of RD1 and RD2 antigens for immunodiagnosis of pulmonary tuberculosis. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2014;78:391-7.

Indicadores de la dimensión 2.

- **Pulmón destruido**

Según Farga, V. & Caminero, J. (2011) expresaron: La devastación del pulmón de manera unilateral es consecuencia que está siempre se presenta en cuatro clínicos preocupantes desde hace años (...) La postura frente a un cuadro de un pulmón destruido a consecuencia tuberculosa, debe ser comunicada a la persona para evitar que aparezcan más complicaciones, para estos casos el tratamiento de preferencia es la neumonectomía (p.283). Como se mencionó el pulmón destruido es a causa de la bacteria que se encuentra alojada en los pulmones provocando que el pulmón ya no permanezca nunca más de manera sana.

“Pulmonary function is significantly reduced in the immediate postoperative period and the reason for this is multifactorial and is not fully understood. Operative conditions such as cardiopulmonary bypass (CPB), surgical incision, anesthesia, the patient’s hemodynamics, type and duration of the procedure, length of drainage or pain can cause lung disorders. All of these components seem to lead to decreased pulmonary volumes and capacities, thoracic

expansion and respiratory muscle dysfunction”. (Lisboa, Romualdo, Oliveira, Da Silva, Raimundo y Petto, 2019, p.105)

Lisboa, Romualdo, Oliveira, Da Silva, Raimundo y Petto (2019) alertaron que “la función pulmonar se reduce significativamente en el postoperatorio inmediato y la razón para esto es multifactorial y no se entiende completamente”. Es decir, que problemas como la longitud del drenaje o el dolor pueden causar serios trastornos, conduciendo a una disminución de volúmenes y capacidades pulmonares, así como a una disfunción muscular respiratoria.

- **Bronquiectasias**

Farga & Caminero et.al (2011) Las bronquiectasias son consecuencias de manera frecuente que conlleva una tuberculosis cuando es tratada, de tal manera que cuando una persona consulta por su enfermedad, es de manera necesaria tener una investigación de los antecedentes tuberculosos (...) Las bronquiectasias de segundo grado no siempre suelen presenciarse en grandes síntomas, debido a que estas comprometen a los lóbulos que se encuentran en la parte superior, que tiene de manera favorable un drenaje bronquial (p.283). Es así que estas son las secuelas que deja la tuberculosis, y son de importancia ya que estas no presentan un desarrollo de síntomas.

- **Cavidades residuales**

Farga & Caminero et. (2011) expresaron: La manera de curación en la tuberculosis pulmonar, terminando por la bacteria, en ocasiones deja cavidades residuales que optan por nombres como cavernas detergidas, estas son a consecuencias que deja la bacteria al posicionarse dentro del pulmón, esta con el pasar del tiempo aunque no es con frecuencia deja problemas dentro de los pulmones debido a que se podría encontrar hongos o infectarse de manera secundaria, esto es menos frecuente pero de igual importancia (p.284). Como se mencionó las cavidades residuales se dieron origen a una mala curación, de esta manera con el pasar del tiempo la persona que padezca de cavidades residuales podrían sufrir de infecciones hacia esa zona, aunque no es muy usual es de mucha importancia detectarla a tiempo.

Dimensión 3: Tuberculosis Diseminada

Según El Hospital Muñiz (2010) en su guía de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis señaló lo siguiente: la tuberculosis diseminada bacteria que compromete en algunos casos dos o más órganos, esto incluye un gran deterioro del estado general, disnea o hipertermia, signos que pueden estar siendo afectados por mas órganos, como un derrápeme pleural o problemas digestivos (p.06). Por lo tanto la tuberculosis diseminada también ataca a otros órganos, con la diferencia que puede atacar a dos o más a la vez haciendo que los signos vitales cada vez disminuyan en cuanto al ataque de varios órganos a la vez.

Indicadores de la dimensión 3

- **Tuberculosis Pericárdica**

Farga & Caminero (2011) La pericarditis tuberculosa es menos frecuente pero no deja de ser peligrosa. Esta se puede presenciar de reactivaciones tardías por la propagación de hematógenos que se da de las extensiones que unen la zona de pericardio con los pulmones (...) este cuadro clínico consiste se da a conocer mediante la fiebre, un malestar general presentado, la gran notoriedad de la pérdida de peso y síntomas que se dan de manera sistemáticos inespecíficos, junto a todo eso se da la inflamación del pericardio (p.443) Por ende la tuberculosis pericárdica no es tan frecuente, asiendo así que los síntomas se demoren que presenciarse, siendo así un conjunto de síntomas como fiebre, pérdida de peso, etc.

- **Tuberculosis osteoarticular**

Farga & Caminero (2011) La tuberculosis osteoarticular es una manera poco frecuente a la conexión extrapulmonar teniendo la enfermedad, poco frecuente también en los países desarrollados. Esto ocurre mayormente después de los 3 o 5 años de haber contraído la enfermedad, esta podría afectar cualquier parte del esqueleto humano, especialmente los huesos que soportan todo el peso de nuestro cuerpo como la columna, rodillas y cadera (p.433).

Es así que la tuberculosis osteoarticular tampoco es muy frecuente, se detecta después de una primera exposición a la bacteria atacando así al sistema de los huesos.

- **Tuberculosis del aparato digestivo**

Farga & Caminero (2011) La tuberculosis puede afectar prácticamente el aparato digestivo, antes era de cierta forma frecuente la inserción de manera directa del bacilo de koch mediante los deglutidos en grandes proporciones por las personas que contienen la enfermedad, estas lesiones se asoman en cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano (p.440) Por lo tanto la tuberculosis del aparato digestivo afecta no solo una el aparato digestivo, también se ve afectado el tubo digestivo.

A continuación la formulación del problema general y los problemas específicos.

Formulación del Problema

Problema General:

¿Cómo la difusión de acciones de una norma técnica influye en los pacientes con tuberculosis en una posta médica, lima, 2019?

Problemas Específicos:

¿Cómo la difusión documental influye en los pacientes con tuberculosis extrapulmonar en una posta médica, lima, 2019?

¿Cómo la planificación de difusión influye en los pacientes con tuberculosis pulmonar en una posta médica, lima, 2019?

¿Cómo los documentos tradicionales para la difusión de información influyen en los pacientes con tuberculosis diseminada en una posta médica, lima, 2019?

Posteriormente se definirá la justificación del estudio, teórica, práctica y metodológica.

Justificación del Estudio

La presente investigación tiene como objetivo Identificar la apreciación de la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de una posta médica, Lima, 2019. La cual nos habla de la Norma técnica de salud para la atención integral de personas infectadas por la tuberculosis 752 – 2018 la cual se hizo conocimiento mediante el ministerio de Salud el 17 de agosto del 2018 en el periódico el peruano, como justificación del estudio se pretende dar a conocer el desconocimiento y la baja manera de difusión de dicha norma en cuanto a la enfermedad de la tuberculosis, se sabe estadísticamente mediante el MINSA que, solo en el año 2017 fueron detectados 31087 quienes fueron notificados y 37.00 que son estimados por ende, esto se debe a una inadecuada captación de sistemáticos respiratorios, quiere decir que por los síntomas aun las personas no se dan cuenta que tienen la enfermedad, otro problema es el alto porcentaje de abandono de los tratamiento, esto es porque los pacientes no tienen conocimiento de su enfermedad y las consecuencias que este traería, la norma técnica especifica la evolución de la tuberculosis MDR y XDR que quiere decir Multi Resistente a los fármacos y Extremadamente Resistente es por ello que los resultados que se obtendrán de la investigación serán de gran utilidad puesto que sabremos si la difusión documental, planificación de difusión y los documentos tradicionales para la difusión de información , en cuanto a la norma técnica contra la tuberculosis, ayudará a la lucha y prevención contra la tuberculosis extrapulmonar, pulmonar y diseminada, ya que algunas personas no se encuentran informadas de la enfermedad que puede llegar a contagiar a todo un círculo de personas cercanas. También cómo ha venido evolucionado la tuberculosis haciéndose más resistente a los medicamentos.

Por otra parte, el trabajo de investigación nos ayudará a poder revelar como podremos mejorar y fortalecer la difusión de información por parte de la posta medica Jaime Zubieta, es así que este trabajo podrá mejorar la actual problemática que tienen las personas que sufren de la enfermedad y que desconocen las consecuencias, es así que servirá de mucha ayuda para las futuras generaciones ayudando a tener mejores ideas en un fortalecimiento en la difusión. La investigación se llevara a cabo en el distrito de San Juan de Lurigancho en el Paradero 15 de la avenida Wiese. La encuesta se realizara con un grupo de pacientes que se encuentran llevando el programa para combatir la tuberculosis.

Justificación Teórica

El desarrollo teórico se justifica ya que nos ayuda a poder determinar el número de incidencias en base a la difusión de la información en cuanto a la norma técnica para la lucha contra la tuberculosis, posterior a eso nos permitirá poder determinar muchas preguntas en base a nuestra problemática, asimismo se podrá ayudar a investigaciones posteriores de las variables que se han mencionado en la investigación. Según como refirió Bernal, C. (2010). La justificación teórica “es generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente, confrontar una teoría, contrastar resultados o hacer epistemología del conocimiento existente”. (p.106).

Justificación Práctico

El desarrollo practico se ayudara en las respuestas que serán recopiladas para poder proveer información de la Posta Medica Jaime Zubieta, acerca de la problemática, es así como podremos fomentar y poder desarrollar una serie de estrategias en cuanto a la difusión de información de la norma técnica en la lucha contra la tuberculosis. Mencionó Bernal, C. (2010). La justificación práctico nos describe que “ayuda a resolver un problema o por lo menos, propone estrategias que al aplicarse contribuirán a resolverlo” (p.106).

Justificación Metodológica

En la etapa metodológica se presenta un nivel no correlacional bajo un diseño no experimental en un enfoque cuantitativo, en las que se reunirán datos aplicando la técnica de la encuesta, esto nos permitirá poder descubrir las diferentes opiniones de las personas que se encuentran llevando el tratamiento o personas que recién iniciaran dicho tratamiento, de esta manera nos ayudara a poder crear nuevos canales de difusión es cuanto a la lucha contra la tuberculosis. Menciono Bernal, C. (2010). La justificación metodológica “se da cuando el proyecto que se va a realizar propone método o una nueva estrategia para generar conocimiento valido y confiable” (p.106).

A continuación se describirá si se necesita hipótesis

Hipótesis

Por ser de carácter descriptivo no requiere una hipótesis.

Posterior a ello, se mencionarán el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

Objetivos

General:

Identificar la apreciación de la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de una posta médica, Lima, 2019.

Específicos:

Identificar la apreciación de difusión documental en los pacientes con tuberculosis en una posta médica, lima, 2019.

Identificar la apreciación de la planificación de difusión en pacientes con tuberculosis en una posta médica, lima, 2019.

Identificar la apreciación de los documentos tradicionales para la difusión de información en pacientes con tuberculosis en una posta médica, lima, 2019.

II. MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

2.1.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación es aplicada. Behar, D. (2008) mencionó lo siguiente: El tipo de investigación también recibiría como el nombre de práctica, activa y dinámica. Se basa en tratar de aplicar y utilizar los conocimientos que se podrán adquirir, Esta investigación se encontrará asociada con el estudio básico, puesto que dependerá de los resultados y los avances (p.20).

2.1.2 Nivel de investigación

El Nivel de la investigación es descriptiva no correlacional. Behar, D. (2008) mencionó que mediante este tipo de investigación, que tiene como método utilizar el análisis, se podrá lograr un objeto de estudio o situaciones concretas, esto es hacer señal a las características y sus propiedades entrelazadas con algunos criterios que clasifican y sirve para poder mantener todo más ordenado, poder juntar o sistematizar alguna materia que está involucrada a la investigación (p.21)

2.1.3 Diseño de investigación

El Diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. Hernández, R. (2014). La investigación no experimental podría denominarse como “la investigación que no manipula las variables, por lo tanto, trata de investigaciones en las cuales no se puede variar en forma intencional variables que son independientes para lograr ver el efecto en otras variables” (p.185).

2.1.3.1 Transversal

La investigación desarrolla un diseño transversal, debido que llevará en un solo tiempo. Hernández, R. (2014) mencionó: “La investigación transversal recolectara información en un determinado tiempo. Su intención será poder describir las variables” (p.151).

2.1.3.2 Enfoque

Presenta un enfoque cuantitativo, ya que se aplicará la estadística para poder medir las variables. Hernández, R (2014) Es progresión y aprobación, cada momento precede de una etapa la cual no se podrá evadir momentos. Esto se da cuando se va acortando y, una vez delimitada, se derivarán objetos y preguntas de investigación, refleja la necesidad de medir y poder apreciar proporciones de los problemas o inconvenientes de la investigación.

2.1.3.3. Método

La investigación demuestra un método de deducción debido a que se explicarán hechos generales haciéndonos deducir hechos específicos. Bernal (2016). Consiste en comenzar de conclusiones para así poder adquirir explicaciones, es nos quiere decir que se iniciara de una estudio de variables, teorías, etc., para así poder utilizarlo en soluciones (p.71).

2.2 Población, Muestra y muestreo

2.2.1 Población

La población del centro de salud Jaime Zubieta Calderón, 2019, ubicado en Jirón, Filósofos 15, San Juan de Lurigancho, cuenta con un programa la cual se encuentra conformado por 155 pacientes que tienen la tuberculosis pulmonar y 28 pacientes con MDR quienes se encuentran recibiendo el tratamiento para combatir la tuberculosis. La población es un total de individuos que se conocen como muestreo. Según Bernal et al (2016), la población es un total de elementos que contienen unas particularidades iguales y sobre las cuales se necesita hacer una inferencia (p.210).

Tabla 1

Tabla de total de población

Locales	Dirección	Cantidad de Pacientes
Local 1: Wiese San Juan de Lurigancho	Jirón Filósofos 15,	183
Total		183

Nota. Tomado de Centro de Salud Jaime Zubieta

2.2.2 Marco Muestral

Se establecieron los criterios de la exclusión e inclusión para poder determinar el marco muestral. Es así que se determina en base a una fuente de lista, mapa o datos donde se pueda recopilar unidades de muestreo. Bernal et al (2016, p. 211).

Criterios de Inclusión

- Hombres y Mujeres
- De 18 años a más

Criterios de Exclusión

- Menores de 18 años
- Familiares dentro del rango de criterios de inclusión

2.2.3 Muestra

El proyecto de investigación tendrá como muestra 124 pacientes que se encuentra llevando el tratamiento de los cuales serán seleccionados, teniendo en cuenta la confidencialidad en cuanto a los datos personales por parte de los pacientes ya que para algunas personas no desean que se enteren que padecen de la enfermedad; esto se llevara a cabo en la posta medica Jaime Zubieta, 2019. La muestra es una idea de gran significado de las características de una población. Esto se define como una toma de fracción de la población que será seleccionada, por ellos se rescata la información para la correcta elaboración de la investigación, en el cual se hará la medición de variables como también de su análisis. (Bernal, 2016, p.211). La muestra se llevó a cabo por medio de la fórmula para poder determinar una muestra finita, considerando las siguientes normas estadísticas.

Fórmula: **Figura 01**

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de la muestra que se desea encontrar

N = Tamaño de la población = 183

Z = Parámetros estadísticos de un nivel de confianza = 1,96

p = Probabilidad de la varianza = 0.5 (50) %

e = Margen de error = 0.5 (50) %

Reemplazando valores:

$$n = \frac{183*196^2*0.5*0.5}{(0.05)^2*(183-1)+1.96^2*0.5*0.5}$$

$$n = \frac{175.75}{0.46 + 0.96}$$

$$n = \frac{175.75}{1.42}$$

Entonces, $n = 123.76$

Redondeando, $n = 124$

2.2.4 Muestreo

La técnica de muestreo a utilizarse será el probabilístico, de tipo estratificado. Según Bernal et al (2016) detalló que: Es importante que, cuando la población se presenta por conjuntos o categorías que en ocasiones son llamados estratos tendrían que representar algún tipo de interés para poder y así realizar una comparación con otras de las categorías.

2.2.4.1 Muestro Aleatorio Simple

En una muestra aleatoria se necesitan un enumeración de la población que serán los seleccionados para un estudio de investigación que se necesite para poder calcular el muestreo.

Tabla 2

Rango de edades

Sexo	Rango de Edad
Femenino – Masculino	18- 40

Tabla 3

Composición de muestra según la edad

Edad	Cantidad
18	9
19	8
20	14
21	7
23	8
25	8
26	9
28	8
30	9
31	7
33	10
35	5
38	6
39	5
42	6
44	5
Total	124

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas:

2.3.1 Técnica

Las técnicas para la recopilación de datos que se empleará será la encuesta, esta consistirá en realizar una entrevista a un grupo de personas dándoles un cuestionario prediseñado para así poder lograr adquirir un mejor análisis estadístico (Hernández, 2014, p 198). Realizar una elaboración de un plan implementado y especificado de las instrucciones que nos ayudan a recopilar cierta información precisa con un determinado propósito. Durante el proceso del proyecto de investigación un aspecto importante es la conexión con la recopilación de información, puesto que dependiendo de ello es la confiabilidad y la validez del estudio. (Bernal, 2016, p.244)

2.3.2 Instrumento

Se utilizará el cuestionario como implemento para la recopilación de datos, esto se debe a que nos basaremos en una serie de preguntas estructuradas y coherentes que se realizaran en un cierto grupo de personas con la finalidad de obtener información. Según Hernández (2014, p.200) El instrumento de recopilación de información debe tener tres principios fundamentales que son: la confiabilidad, validez y objetividad. Por ello Hernández (2014, p.217). Trata de una agrupación de preguntas respecto a la medición de una o más variables de las cuales pasaran a ser medidas.

2.3.3 Validez

El instrumento que se va a utilizar en base a la recopilación de información en el proceso del proyecto de investigación, será analizado por juicio de expertos. La validez determinará si la información que se mide, manipula o refleja el concepto que pretendemos medir. Bernal (2016), un instrumento de medición es aceptable cuando mide algo que ya se encuentra destinado. Determina un nivel en que el instrumento muestra una poder particular de contenidos de los cuales se mide (Hernández et al., 2016. P. 246)

Tabla 4
Validación de Expertos

Nombre y Apellido	Especialista del Experto	Opinión de Aplicabilidad
Jéssica Lisset Chávez Murga	Mg.	1.00 Aplicable
Rodolfo Fernando Talledo Sánchez	Mg.	1.00 Aplicable
Oliveros Mongall Enrique Antonio	Mg.	1.00 Aplicable

Fuente: Validación de expertos de la Universidad Cesar Vallejo – 2019

Tabla 5
Validez basado en el contenido a través de la V de Aiken

Nº Ítems		\bar{X}	DE	V Aiken
Ítem 1	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 2	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 3	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 4	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 5	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 6	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 7	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 8	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00

Ítem 9	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 10	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 11	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 12	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 13	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 14	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 15	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 16	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00
Ítem 17	Relevancia	4	0.00	1.00
	Pertinencia	4	0.00	1.00
	Claridad	4	0.00	1.00

2.3.4 Confiabilidad

Los instrumentos brindan resultados coherentes y transparentes siendo confiables para el adecuado desarrollo en la investigación. En el cual la herramienta producirá resultados firmes y adecuados. Según Bernal (2016), esto nos quiere decir que la solidez de los resultados rescatados se da por un mismo grupo, aun así cuando han sido estudiadas en diferentes momentos por una misma encuesta (p.246).

Confiabilidad del Instrumento: Alpha de cronbach General

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante la aplicación del coeficiente alpha de cronbach, en la cual consistió en el análisis de 17 preguntas abordando el tema de la difusión y tuberculosis, quienes fueron dirigidas a 124 pacientes que acuden a la posta médica a llevar su tratamiento.

Tabla 6

Alfa de Cronbach Gerenal

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,731	17

Variable Difusión

Tabla 7

Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,796	9

Variable Tuberculosis

Tabla 9

Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,673	8

Por lo tanto, al analizar el resultado, se pudo llegar a la conclusión que el instrumento que se empleó para la presente investigación tiene un nivel de confiabilidad. Esto es debido a que

obtiene un rango de 0,73 que se ve reflejado por la interpretación de los criterios de valores, debido a la cantidad de personas encuestadas que se obtuvo tras la aplicación de la fórmula.

Figura 02

Criterios de interpretación de coeficiente de alfa de cronbach

Valores de alfa	Interpretaciones
0.90 – 1.00	Se califica como satisfactoria
0.80 – 0.89	Se califica como adecuada
0.70 – 0.79	Se califica como moderada
0.60 – 0.69	Se califica como baja
0.50 – 0.59	Se califica como muy baja
0.50	Se califica como no confiable

Fuente: Programa SPSS estadístico.

2.4 Procedimiento

2.4.1 Variables y Operacionalización de Variables

Variable

Son elementos medibles donde se podrá evaluar la mayor capacidad de poder influir en otra variable. Según Bernal et al. (2016). Es una característica, una peculiaridad o cualidad que se presenta algunas veces en las personas, o en los conjuntos sociales etc. Por ellos además de poder ser medidas un corto tiempo (p.186). La variable es una cualidad que puede variar, y por ellos es posible que pueda ser medible y observado (Hernández, 2014, p.105).

Operacionalización

La operacionalización se desarrolla en base a la separación de las variables que forman el problema principal de la investigación. Para Hernández et al. (2014). Esto constituye el conglomerado de las técnicas que detallaran el desarrollo que una persona requiere para realizar y rescatar los resultados, lo cual este presenta la realidad de la base teórica.

2.4.1.1 Variable Independiente

Difusión

2.4.1.1.1 Dimensiones

- La difusión documental
- Planificación de la difusión
- Documentos tradicionales para la difusión de información

2.4.1.1.2 Indicadores

- Difusión de documentos Primarios
- Difusión de referencias de documentos
- Difusión de selectiva de información
- Conocimientos de los usuarios
- Factor económico
- Factor institucional
- Boletín informativo
- Revista de prensa
- Dossier de prensa

2.4.1.2 Variable dependiente

Tuberculosis

2.4.1.2.1 Dimensiones

- Tuberculosis Extrapulmonar
- Tuberculosis Pulmonar
- Tuberculosis Diseminada

2.4.1.2.2 Indicadores

- Tuberculosis Pleural
- Tuberculosis Ganglionar
- Tuberculosis Cerebral
- Pulmón destruido
- Bronquiectasias
- Cavidades Residuales
- Tuberculosis Pericárdica
- Tuberculosis Osteoarticular
- Tuberculosis Aparato Digestivo

2.4.1.3 Variable Interviniente

Posta médica lugar donde podemos conseguir asistencia médica básica ante cualquier tipo de emergencia, dependiendo de la magnitud de los hechos podríamos ser trasladados a un centro médico mucho más grande ya que una posta medica cuenta con instrumentos básicos para la atención de emergencias básicas (p.800) Bryson,L., Coates, R., Deere,K., Foster,J.,(2011)

2.4.1.4 Operacionalización de variables

Tabla 06: Operacionalización de Variable 1: Difusión

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Difusión	La difusión es una importante propagación para un valioso comunicado o anuncio como lo mencionó Cordovez, A. (2007) la difusión es parte fundamental de la comunicación, pero siempre teniendo presente que no abarca en su totalidad pero sí, cubre una cierta parte, el hecho de difundir un hecho importante para poder informar, poder emitir de manera unidireccionalmente algún tipo de mensaje. Arvizu, Del foro, Gonzales, Gutiérrez & Juárez (2017)	Por lo tanto la tarea del emisor y no tanto del receptor es llegar a difundir y propagar un mensaje que será de gran utilidad ya que se encarga de información algún tipo de comunicación.	La difusión documental	D. de documentos Primarios	Ítems 1
				D. de referencias de documentos	Ítems 2
				D. de selectiva de información	Ítems 3
			Planificación de la difusión	Conocimientos de los usuarios	Ítems 4
				Factor Económico	Ítems 5
				Factor Institucional	Ítems 6
			Documentos tradicionales para la difusión de información	Boletín informativo	Ítems 7
				Revista de prensa	Ítems 8
				Dossier de prensa	Ítems 9

Tabla de Operacionalización de Variable 2: Tuberculosis

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Tuberculosis	Farga, V. & Caminero, J. (2011) mencionaron que, cuando Mycobacterium tuberculosis se introduce en una población que se encuentra sin ninguna enfermedad a los pulmones, esto de alguna forma se desarrolla con mayor rapidez (...) la tuberculosis ha entrado en distintos momentos de la historia en los diferentes países, es por ellos que el mundo cuenta actualmente con poblados con personas mucho más recientes con la enfermedad, en este caso otras en la etapa de tuberculización, con una gran tasa de personas infectadas, con grandes personas infectadas en poco tiempo y contrayendo la muerte (p.5).	Por lo tanto la tuberculosis según nos mencionaron se he inducido en diferentes momentos en la historia en los distintos países, es así que la tuberculosis abarca a poblaciones haciendo que tengan una taza elevada de infección y en casos extremos la mortalidad.	Tuberculosis Extrapulmonar	T. Pleural	Ítems 10
				T. Ganglionar	Ítems 11
				T. Cerebral	Ítems 12
			Tuberculosis Pulmonar	Pulmón destruido	Ítems 13
				Bronquiectasias	
				Cavidades Residuales	Ítems 14
			Tuberculosis Diseminada	T. Pericárdica	Ítems 15
				T. Osteoarticular	Ítems 16
				T. Aparato Digestivo	Ítems 17

2.4.2 Modo de recolección de la información

Ficha Técnica Nro.1

Ficha Técnica Nro. 1	
Nombre	Cuestionario : “Apreciación de la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de posta médica, Lima, 2019”
Autor	Stefany Yoselyn Sánchez Pérez
País	Perú
Año	2019
Administración	Individual – Presencial
Duración	Aproximadamente 15 minutos

El objetivo de la encuesta tiene como finalidad poder recolectar una cierta cantidad de información para así poder saber que tan informada esta nuestra muestra del tema que se está mencionando. Esta se llevara a cabo en la posta médica Jaime Zubieta que se encuentra ubicado en el 15 de Av. Wiese. En donde se les hará las preguntas a los pacientes que se encuentran llevando el tratamiento contra la tuberculosis.

El cuestionario tendrá categorías que serán representadas por números que van del 1 al 5. No existirá respuesta buena ni mala, de tal manera se solicita a las personas encuestadas continuar con su propio ritmo.

TA	DA	NN	ED	TD
1	2	3	4	5

2.5 Método de análisis de datos

El instrumento que se empleo fue mediante el juicio de expertos, el cual se encargaron de calificarlos, mediante eso para poder ser aceptado o aprobado con una confiabilidad de expertos. Es la herramienta en la que se puede determinar la variable de una manera más efectiva. (Hernández et al, 2014, p 2772). Trata de entender la información que se ha obtenido por la población que se ha estudiado, este tiene como principal objetivo el poder producir resultados en los que se podrá desarrollar un mejor estudio mediante los objetivos o preguntas. Para poder procesar los datos se tiene que tener en cuenta una buena asesoría con personas expertas en la materia y sobre todo el uso correcto de las herramientas que se han utilizado como los programas de estadística (p.295). Tal es el caso que se utilizaron programas como Microsoft Excel y otro programa como SPSS para el procesamiento de datos que obtuvimos, de esta manera se lograron tener cuadros y tablas estadísticas que nos ayudaron a poder tener una mejor manera de visión para poder analizar de una mejor manera los resultados, por ellos a través del alfa de Cronbach se pudo analizar con mejor confiabilidad de cada una de nuestras variables.

2.5.1 Estadísticas

El presente proyecto de investigación utilizará los siguientes instrumentos estadísticos.

2.5.1.1 Alpha de Cronbach

Cervantes, V (2005) indicó que es una propuesta como estadística para poder estimar una confiabilidad de una prueba o de cualquier compuesto que se obtendrá a raíz de la suma de diferentes mediciones. El coeficiente estimara un valor que nos ayudara a evaluar la consistencia de manera interna del conjunto de ítems o ya sea parte del compuesto, ya que esto se refiere a un coeficiente de equivalencia (p.17).

Figura: 3

$$a = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum_i^2 s}{S_T^2} \right)$$

K: El número de ítems

Si 2: Sumatoria de Varianza de los ítems

ST 2: Varianza de la suma de los ítems

α : Coeficiente de Alpha de Cronbach

2.5.1.2 V de Aiken

Soto y Segovia (2009) manifestaron que el intervalo para la confianza de la V de Aiken nos permitirá demostrar la magnitud que se obtendrá del coeficiente que será superior a una establecida, que será mínimamente aceptable para poder concluir de esta manera la validez de un contenido mediante los ítems (p.170).

Figura: 4

$$V = \frac{\widetilde{x - 1}}{k}$$

V: V de Aiken

X: Promedio de calificaciones de jueces

K: Rango de calificaciones (Mx-Min)

L: Calificación más baja posible

2.6 Aspectos éticos

2.6.1 Objetividad

La objetividad que tenemos es poder expresar una realidad tal y como es, por lo tanto es en este caso tenemos como objetivo el demostrar la verdad, un buen manejo de información y análisis de datos para así poder un correcto desarrollo.

2.6.2 Originalidad

La originalidad nos hace la representación del inicio de algo que sea necesariamente algo nuevo, o en otro caso que sea de una particularidad de primeras versiones, tal es el caso de la tesis tiene como originalidad, dichos representación de autores, que están escritas por nuestra autoría.

2.6.3 Veracidad

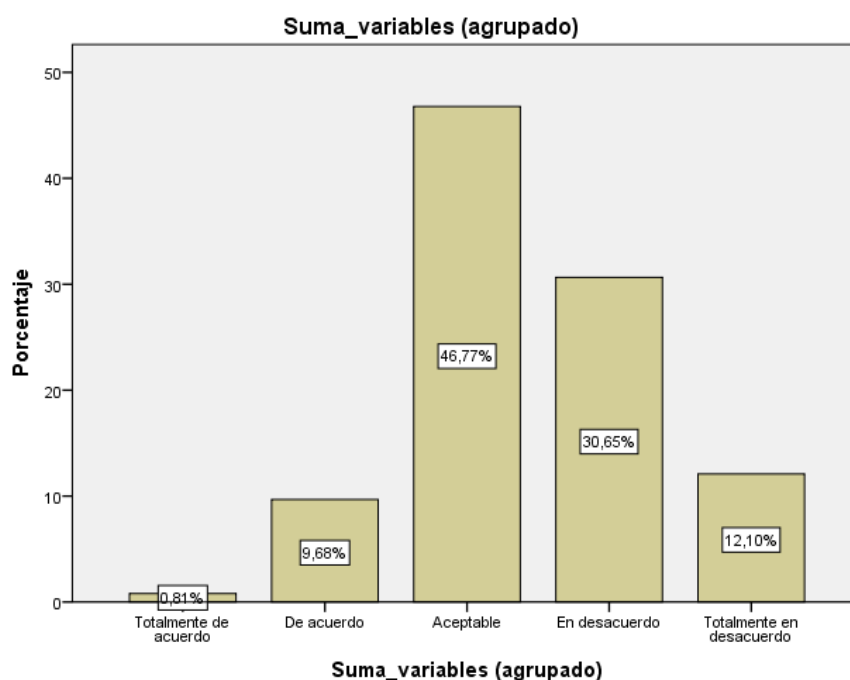
La veracidad se refiere a que el contenido que tenemos sea de cualidad veraz, ya que sí conforma la verdad, se tendrá que rescatar el valor positivo, de esta manera se podrá rescatar también la conexión que tiene la verdad con la realidad, nuestro proyecto de investigación cuenta con la veracidad requerida para poder brindar información de un tema de interés.

III. RESULTADOS

En cuanto al análisis, interpretación y contrastación de los objetivos tenemos lo siguiente:

OG: Identificar la apreciación de la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de una posta médica en Lima, 2019.

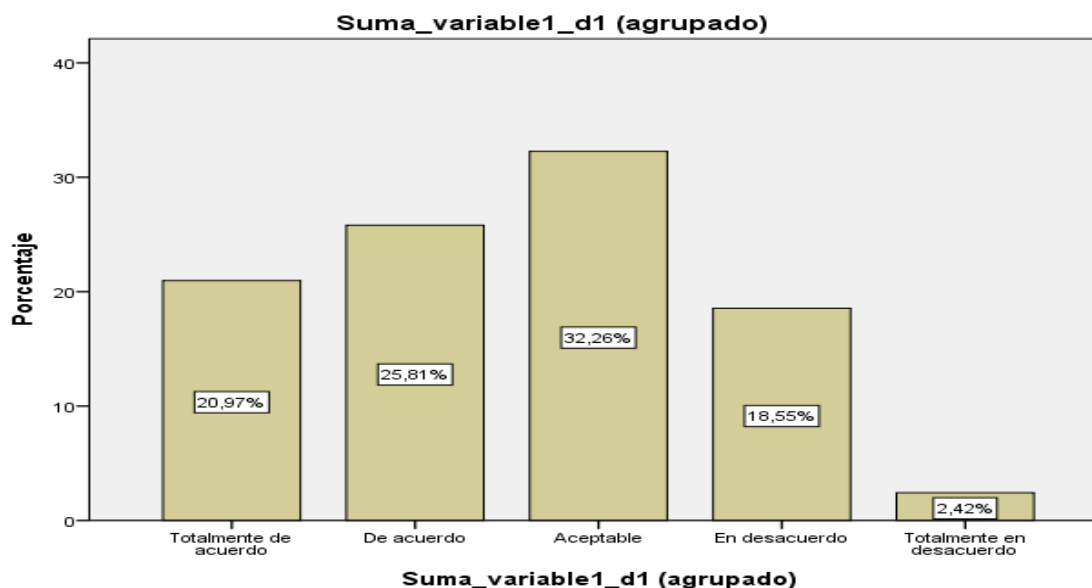
Suma variables (agrupado)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	1	,8	,8	,8
	De acuerdo	12	9,7	9,7	10,5
	Aceptable	58	46,8	46,8	57,3
	En desacuerdo	38	30,6	30,6	87,9
	Totalmente en desacuerdo	15	12,1	12,1	100,0
	Total	124	100,0	100,0	



De la totalidad de pacientes encuestados, se aprecia que un 46,77% considera de “aceptable” la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de una posta médica en Lima. Por otra parte, un 30,65% estipula que están en desacuerdo con esta práctica, mientras que un 12,10% se encuentra totalmente en desacuerdo. No obstante, el 9,68% está de acuerdo con la difusión de una norma técnica y finalmente un escaso 0,81% de los encuestados está totalmente de acuerdo con ello.

OE1: Identificar la apreciación de difusión documental en los pacientes con tuberculosis en una posta médica, lima, 2019.

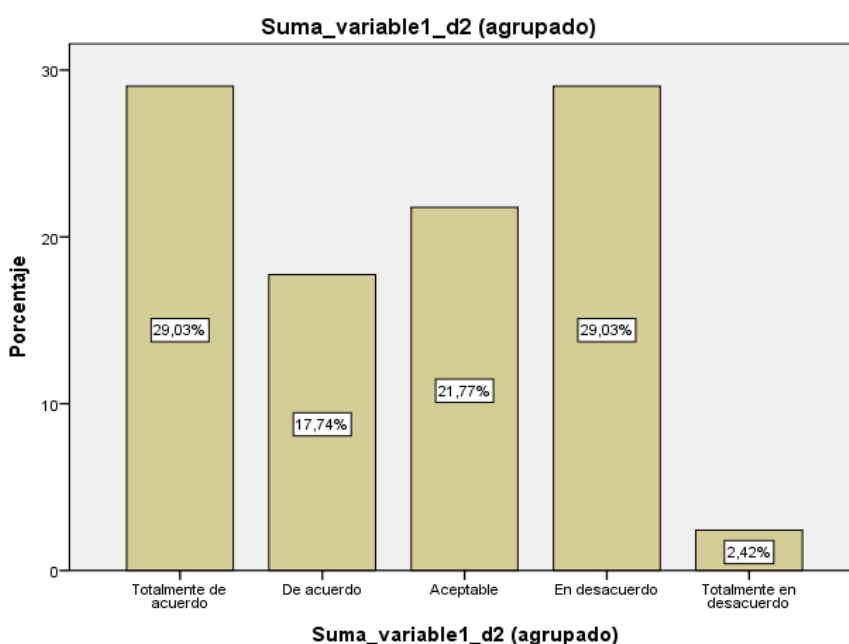
Suma_variable1_d1 (agrupado)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	26	21,0	21,0	21,0
	De acuerdo	32	25,8	25,8	46,8
	Aceptable	40	32,3	32,3	79,0
	En desacuerdo	23	18,5	18,5	97,6
	Totalmente en desacuerdo	3	2,4	2,4	100,0
	Total	124	100,0	100,0	



De la totalidad de pacientes encuestados, un 32,26% considera de “aceptable” la difusión documental en los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. Otro 25,81% estima que están de acuerdo mientras que el 20,97% se encuentra totalmente de acuerdo. En contraposición, el 18,55% está en desacuerdo y otro 2,42% totalmente en desacuerdo con la difusión documental en pacientes con tuberculosis extra pulmonar.

OE2: Identificar la apreciación de la planificación de difusión en pacientes con tuberculosis en una posta médica, lima, 2019.

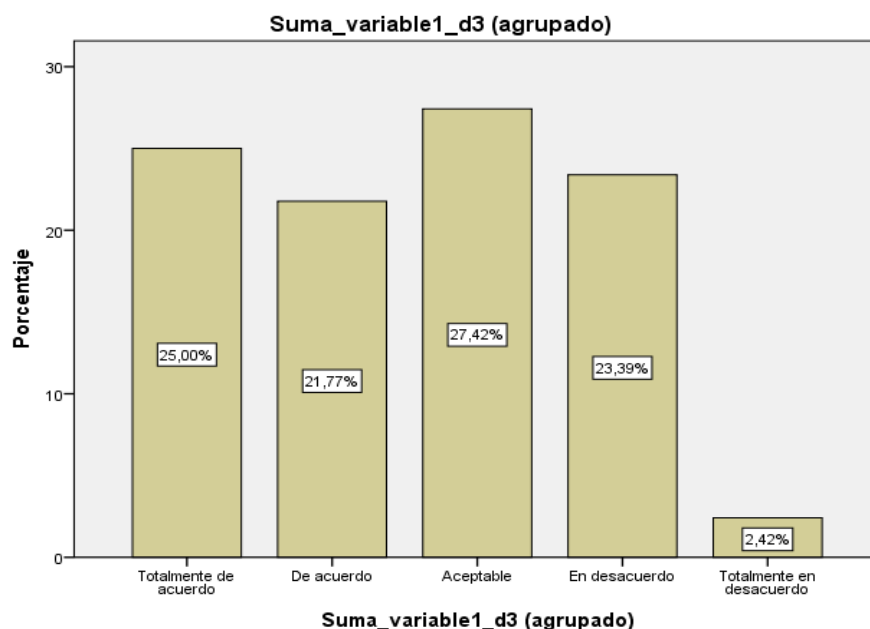
Suma_variable1_d2 (agrupado)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	36	29,0	29,0	29,0
	De acuerdo	22	17,7	17,7	46,8
	Aceptable	27	21,8	21,8	68,5
	En desacuerdo	36	29,0	29,0	97,6
	Totalmente en desacuerdo	3	2,4	2,4	100,0
	Total	124	100,0	100,0	



De la totalidad de pacientes encuestados, se aprecia que un 29,03% considera que están totalmente de acuerdo con la planificación de difusión en los pacientes con tuberculosis pulmonar, coincidiendo en cifras con aquellos que están en desacuerdo. Por otra parte, el 21,77% tacha de aceptable la práctica, mientras que el 17,74% están de acuerdo y un 2,42% de los encuestados, totalmente en desacuerdo con la planificación de difusión en pacientes con tuberculosis pulmonar.

OE3: Identificar la apreciación de los documentos tradicionales para la difusión de información en pacientes con tuberculosis en una posta médica, lima, 2019.

Suma_variable1_d3 (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	31	25,0	25,0	25,0
	De acuerdo	27	21,8	21,8	46,8
	Aceptable	34	27,4	27,4	74,2
	En desacuerdo	29	23,4	23,4	97,6
	Totalmente en desacuerdo	3	2,4	2,4	100,0
	Total	124	100,0	100,0	



De la totalidad de pacientes encuestados, un 27,42% “acepta” la difusión de documentos tradicionales en los pacientes con tuberculosis diseminada, otro 25% considera que están totalmente de acuerdo con esta práctica, mientras que el 23,39% se encuentra en desacuerdo. En contraparte, el 21,77% están en desacuerdo con la difusión y otro 2,42% de los encuestados está totalmente en desacuerdo con la difusión en pacientes con tuberculosis diseminada.

IV. DISCUSIÓN

Los resultados del análisis de confiabilidad indican que el instrumento obtiene el rango de 0,731, el cual, según la interpretación de criterios de los valores del Alpha de Cronbach, se cataloga como “moderada”. En contraposición, la validez de las 17 preguntas de la encuesta resalta que están aptas para ser ejecutadas y aplicadas con la muestra de estudio. Esto, tras arrojar cifras mayores del 0,70 que, según la valoración de la herramienta analítica V de Aiken, son denominadas como “válidas”.

- **Discusión sobre la difusión de acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en pacientes de una posta médica.**

De los 124 pacientes encuestados del programa de TBC de la posta médica “Jaime Zubieta” ubicada en el distrito de San Juan de Lurigancho, 58 de ellos (46,77%) aceptan que se difunda la norma técnica contra la tuberculosis que promueve el Ministerio de Salud. Otros 38 (30,65%) en cambio, se muestran en contra de dicha medida, siendo 15 de ellos que se muestran “totalmente en desacuerdo” y 12 (9,7%) de acuerdo de que se promuevan tales acciones. Es decir que se observa que los propios pacientes se muestran enteramente a favor que se conozcan las medidas de prevención y control de la enfermedad.

Las respuestas de los pacientes con tuberculosis, se respaldan por las acotaciones de Acosta (2015), quien en su tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de microred de Santa Ana – Huancavelica 2014”, puso en evidencia que los mismos pacientes desconocen las consecuencias de su enfermedad mientras que otros prefieren ignorarlas por temor, siendo este el factor de su rechazo, por lo que un 48.9% apenas y entendía del caso y otro 46.8% tenía un desconocimiento de lo que representa la tuberculosis pulmonar.

Su miedo al rechazo, responde a uno de los puntos abordados en la Teoría de la Espiral del Silencio de la teórica Elisabeth Noelle Neumann, quien formuló que el temor al aislamiento obliga a las personas a adaptarse a las posturas, opiniones o ideas que sostenga una mayoría respecto a diferentes temas de coyuntura, convirtiendo aquella percepción en una limitante al no ser capaces de expresarse con libertad y poder difundir sus opiniones, debido a que el conjunto de personas piense diferente, dando así la impresión de que esta tenga muchos más partidarios de los que realmente tiene.

Chumbi y Julian (2018) alegan en su tesis “Aplicación de estrategias de comunicación bajo el enfoque pidiches para mejorar el nivel de conocimientos y prácticas de salud en pacientes con tuberculosis del hospital belén de Trujillo, 2017”, unas de las formas para que las personas que tienen tuberculosis no rechacen los materiales de difusión, es aplicando estrategias de comunicación, al público que queremos llegar, fomentando información de manera fácil, clara y precisa para poder generar un conocimiento de la prevención, síntomas y tratamiento.

- **Discusión sobre la difusión documental en los pacientes con tuberculosis en una posta médica.**

De la totalidad de encuestados, 40 (32,26%) pacientes aceptan la difusión documental en los que aborden temas sobre la tuberculosis extrapulmonar en la posta médica, también se muestran cifras positivas al sostener que 32 (25,81%) de ellos están de acuerdo que sí se realice la difusión documental, mientras que otros 26 (21%) están totalmente de acuerdo con la propuesta, por lo que el material escrito teniendo una información clara y precisa podría ser una material comunicacional de muchas ayuda para el desconocimiento de la tuberculosis.

Al respecto, Cedillo (2013) en su investigación que llevó por nombre “Campaña de difusión para la radio Unam”, sostiene que las personas se sienten más seguras cuando encuentran el respaldo de entidades externas a su entorno social, además de que medios como la televisión o el internet, son plataformas donde perfectamente pueden ser difundidos los documentos, ya que resultan más atractivo que un documento escrito que, a la hora de la verdad, termina siendo dejado de lado. Además, de que en ese tipo de documentos se alcanza a implementar otros atributos como ejemplos, testimonios, elementos propios de la cultura, datos estadísticos, entre muchos otros. Para Cedillo la mejor manera de poder difundir algún tipo de información es mediante la televisión o el internet, ya que esta se muestra más atractiva, mientras tanto los materiales escritos no suelen ser tan llamativos ya que están acompañados de estadísticas, testimonios, etc, y muchas veces terminan dejándolos de lado sin haber revisado la información. Por otra parte Ferdinand de Sausurre en la Teoría Estructuralista, el cual se encarga de buscar las estructuras sociales en hallar los significados dentro de una imagen, sonido, entre otros.

En este caso, como parte de un contenido verbal que se vincula con el enfoque lingüístico, mismo que se respalda con las acotaciones de Molina (2015), quien en su tesis titulada “Propuesta de proyección estratégica para la difusión y acceso de las revistas científicas académicas de la Universidad de La Habana” aborda como la sociedad es consciente de las estrategias elaboradas por la publicidad para captar su atención y hacerlas así más atractivas.

Por lo tanto para Molina, se argumenta que el estudio debe de surgir con base a propuestas que plantean al momento de elaborar una campaña y así emplear los elementos correctos para reforzar la idea principal y no saturarla de contenido innecesario y que esta se puede dar en medios tradicionales y medios no tradicionales, creando nuevas estrategias de difusión y así un mensaje podrá ser mejor comprendido, difundido y visualizado no solo en este caso por los pacientes, sino también por el resto de personas que no están previstas como target principal.

- **Discusión sobre la planificación de difusión en pacientes con tuberculosis en una posta médica.**

Por otro lado, y respecto a la planificación de difusión en pacientes con tuberculosis, 36 (29%) de los 124 encuestados manifiestan que están totalmente de acuerdo con que se lleve a cabo esta práctica, empatando en cifras con aquellos que se muestran en desacuerdo (29%). A su vez, otras 27(21,77) consideraron la medida de “aceptable”, mientras que 22 de ellos (17,7%) se muestra de acuerdo, dejando así a tres de ellas (2,4%) totalmente en desacuerdo. De esta manera, se detalla que si bien son mayores los índices favorables, en datos generales se encuentra en un empate técnico entre aquellos que están totalmente de acuerdo y aquellos que están en desacuerdo a la realización de una planificación de difusión.

Ruiz (2013) en su tesis titulada “Programa de difusión sobre el deporte adaptado en México: CEPAMEX”, en donde el objetivo de la investigación fue diseñar un programa de difusión para poder atraer, motivar, e integrar y reconocer a los profesionales del deporte a través de los programas que ofrece CEPAMEX. También explica que la duda entre los participantes del estudio responden al factor del miedo a lo desconocido y que para

erradicarlo, los integrantes de determinadas campañas de la difusión, deben evaluar, analizar e identificar las necesidades, funcionamiento y dinámicas que requieran.

Otro aporte que respalda a Ruíz es el de Villar (2016), cuya investigación “Evolución de la tuberculosis en la Provincia de Soria 1994-2013”, puso en manifiesto los resultados de aplicar de manera correcta dichas estrategias en provincias de países de primer mundo, en donde entre 1995 y 2013 se redujo hasta en un 65% los casos de tuberculosis e incidentes similares, siendo este un claro avance en cuanto a la lucha contra la tuberculosis, por lo que lugares como la Capital Peruana estaría más que capacitada para poder desarrollar estrategias.

Discusión sobre los documentos tradicionales para la difusión de información en pacientes con tuberculosis en una posta médica.

Finalmente, de los 124 pacientes encuestados, 34 (27,42%) de ellos aceptan que se empleen documentos tradicionales para la difusión de información sobre los distintos tipos de tuberculosis como revistas, boletines y dossiers. Otros 31 ciudadanos (25%) se muestran totalmente a favor mientras que 27 (21,77) está de acuerdo. Por otro lado, 29 (23,39%) se encuentra en desacuerdo y unos escasos 3 (2,4%) enfermos totalmente en contra.

De esta manera, Remigio (2012) acota en su tesis “Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima norte v Rimac – San Martín - Los olivos”, pues quienes abandonan el tratamiento son en su mayoría hombres, solteros y con solo estudios primarios, entonces explica que emplear medios escritos como estrategias de difusión de sus mensajes puede resultar contraproducente a diferencia de otros medios más atractivos visualmente hablando como la televisión o el internet. Sin embargo, se aprueba esta propuesta pese a lo explicado dado que enfermos de tuberculosis también son personas mayores que se muestran más interesados en estos contenidos escritos que en los difundidos por las redes sociales ya que no se encuentran habituados.

La desinformación, según el mismo autor, tanto del paciente como de sus familiares, ocasiona que estos terminen abandonando el tratamiento por lo que recomienda que se difundan no solo en aquellos que padecen de tuberculosis, sino en las escuelas para que así se cultive el hábito del conocimiento y puedan combatir la tuberculosis a manera futura.

V. CONCLUSIÓN

1. Los pacientes, determinaron aceptable que se difunda la norma técnica contra la tuberculosis que promueve el Ministerio de Salud. Esto, luego de que los resultados indiquen que, de los 124 encuestados del programa de TBC de la posta médica “Jaime Zubieta”, ubicada en el distrito de San Juan de Lurigancho, 58 de ellos (46,8%) dieran esta respuesta al revelarse que desconocían la norma técnica 752-2018 en donde habla de la atención integral a los pacientes con tuberculosis avanzada, y como tratarla.
2. Los pacientes, se encuentran a favor con un (32,26%) que se realice la difusión documental que aborden temas sobre la tuberculosis extrapulmonar en la posta médica y que se cuente con el apoyo de ministerios y entidades estatales para garantizar su correcta ejecución y sea factible acceder a dichos documentos para poder estar informados. Es decir ya que de esta manera se podrá añadir información como datos estadísticos, testimonios y tenga un libre acceso en diferentes plataformas variadas.
3. La planificación de difusión en pacientes con tuberculosis no es ni aprobada ni desaprobada por los pacientes, ya que en los datos se detalla un empate técnico del 29% entre ambas posturas, lo que se refiere que estos se encuentran dubitativos entre la difusión de documentos primarios, referencia de documentos y factor económico, pues se detalla una reacción ante el estímulo de los desconocido, teniendo que crear nuevas estrategias de difusión.
4. La implementación de documentos tradicionales como revistas, boletines y dossiers para la difusión de información sobre los distintos tipos de tuberculosis es respaldada por los pacientes de la posta médica “Jaime Zubieta”, ubicada en el distrito de San Juan de Lurigancho. Esto, respaldado por las respuestas de 34 sujetos de la muestra de estudio al estar la mayoría de estos habituados a la adquisición de los medios impresos.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Ministerio de Salud la ejecución de estrategias para la difusión de la norma técnica 752-2018 que es desconocida por los pacientes con tuberculosis, y puedan mantenerse al tanto de la evolución de su enfermedad, su tratamiento, y la prevención. Por otra parte se recomienda la actualización de la Página web del Ministerio de Salud con contenido actual.

2. Se sugiere la accesibilidad a la difusión documental sobre la enfermedad y que sean compartidos no solo en los medios tradicionales de comunicación sino también en formatos audiovisuales vía redes sociales o plataformas digitales como el internet, ya que de esa forma se llegará a un mayor público que el que se tiene previsto como target principal y así fomentar al cuidado personal, prevención y formas de identificar los síntomas de los diferentes tipos de tuberculosis como el pulmonar, extrapulmonar y diseminada.

3. Se invoca a que se lleve una planificación de difusión, y se pueda sostener con un factor económico, un factor institucional para un mejor conocimiento de las personas, para así poder crear campañas y estrategias contra la tuberculosis.

4. Finalmente, se recomienda la elaboración de estrategias tradicionales de difusión sobre toda información relacionada a la tuberculosis vía revistas, boletines y dossiers para que, de esa manera, se complemente con el plan audiovisual, para que las personas que están en el programa de TBC no abandonen los tratamientos y este se siga propagando.

REFERENCIAS

- Acosta, S. (2015). Con su tesis titulada “*Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de microred de Santa Ana – Huancavelica 2014*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2YzS3UY>
- Bernal, C. (2008). *Metodología de la investigación* (4° edición). Colombia. PEARSON EDUCATION.
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Recuperado de: <https://bit.ly/1Am9lHU>
- Bryson, L., Coates, R., Deere, K., Foster, J., Kaminski, A., Lynch, R., Manzo, C., Nolan, R., Platman, G., Ramaswamy, M., Stocker, E., Westwood. & Yeoman, F. (2011) *The rough guide to south america on a Budget*. Recuperado de: <https://bit.ly/32gmtOH>
- Castillo, L. (2004). *Difusión de la información*. Recuperado de: <https://www.uv.es/macass/T6.pdf>
- Cedillo, G. (2013). Con su tesis titulada “*Campaña de difusión para la radio Unam*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2HzFD8N>
- Cefalu, W., Begel, E., Petersen, M., y Darsow, T. (2018). American Diabetes Association’s Standards of Care: A Paradigm Shift in the Dissemination of Information. *Diabetes Care*. 41(3). 387-388. DOI: <https://doi.org/10.2337/dci17-0064>
- Cervantes, V. (2005). *Interpretaciones del coeficiente del alpha de cronbach*. Recuperado de: <https://bit.ly/2rkUb1V>
- Cordovez, A. (2007). El eterno dilema entre comunicación y difusión. Recuperado de: <https://bit.ly/30rnOBc>
- Chumbi, R. Julian, J. (2018) con su tesis titulada: *Aplicación de estrategias de comunicación bajo el enfoque para mejorar el nivel de conocimientos y prácticas de salud en pacientes con tuberculosis del hospital belén de Trujillo-2018*. Recuperado de: <https://bit.ly/2YBQ0jk>

- Comins, J., y Leydesdorf. L. (2016). Identification of long-term concept-symbols among citations: Can documents be clustered in terms of common intellectual histories? *Cornell University*. 12(52). 1-20. Recuperado de: <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1601/1601.00288.pdf>
- Everett, M. (1999). Diffusion of innovations. Third Edition. Recuperado de: <https://bit.ly/1AuNEFD>
- Geraldo, G., Naranjo, S., Tovar, Elcira. Y Cordova, J. (2008). *Teorias de la comunicación* (1° Edición). Bogotá.
- Giberson, D. (2019). The Mayfly Newsletter. The Mayfly Newsletter. 22(1). 1-10. Recuperado de: <https://dc.swosu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=mayfly>
- Gordillo, F. (2018) con su tesis titulada: “*Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis en la Microred Pachacutec –ventanilla -2018*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2W8UD6N>
- Goyal, B., Kumar, K., Gupta, D., Agarwal, R., Latawa, R., Sheikh, J., y Verma, I. (2014). Utility of B-cell epitopes based peptides of RD1 and RD2 antigens for immunodiagnosis of pulmonary tuberculosis. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 78(39). 1-7. DOI: [10.1016/j.diagmicrobio.2013.12.018](https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2013.12.018)
- Guía de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis (2010). Recuperado de: <https://bit.ly/2w2iTcb>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación* (5° edición). Recuperado de: <https://bit.ly/1qHr1qh>
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación* (6° edición). Recuperado de: <https://bit.ly/2KuIRKo>

- Hudák, M., Kianičková, E., y Madleňák, R. (2017). The importance of e-mail marketing in e-commerce. *Procedia engineering*. 192. 342-347. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2017.06.059>
- Hüttemann, A. (2017). Structuralism, causation and explanation. *SpringerLink*. 194(7). 2251–2253. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1465-1>
- Jones, A. (2016). “*Powers of press: newspapers, power and the public in nineteenth-century England*”. New York, United States: Routledge.
- Kulchavenga, E. (2014). Urogenital Tuberculosis: Epidemiology, diagnosis, therapy. Editorial Springer. Recuperado de <https://bit.ly/2XpNrEI>
- Lisboa, A., Romualdo, L., Oliveira, M., Da Silva, J., Raimundo, A., y Petto, J. (2019). Behavior of Pulmonary Function after Hospital Discharge in Patients Submitted to Myocardial Revascularization. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2(2). 104-109. DOI: 10.5935/2359-4802.20180092
- López, J. (2011). Con su tesis titulada “*Estrategia de comunicación para difundir las actividades culturales que se realizan en el centro Cultural Miguel Ángel Asturias*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2Hpm9oe>
- Manual Educativo para promotores de salud - Ministerio de Salud (2006). Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1397-1.pdf>
- Ministerio de salud Recuperado de: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
- Molina, M. (2015). Con su tesis titulada “*Propuesta de proyección estratégica para la difusión y acceso de las revistas científicas académicas de la Universidad de la Habana*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2JVPSXV>
- Motilla, X., y Gonzáles, S. (2018). Research and teaching with photographs: historical and educational photography resources in illustrated magazines (Majorca, Spain, 1902-1936). *History and Education*. 22(56). 38-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-3459/79878>

- Murray, J. (2000). Nuevas perspectivas desde/sobre américa latina: El desafío de los estudios culturales. Recuperado de: <https://bit.ly/30o4T9N>
- Neumann, E. E. (1995). La espiral del silencio, Opinión Pública: nuestra piel social, Paidós. Barcelona. Recuperado de: <https://bit.ly/2Lmfui4>
- Niward, k. (2019) Towards individualised treatment of tuberculosis. Editorial Linpöping
Recuperado de: <https://bit.ly/2RQMpLQ>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recuperado de:
<https://bit.ly/2s4ghs4>
- Patruti-Baltes, L. (2016). Inbound Marketing-the most important digital marketing strategy. Bulletin of the Transilvania University of Brasov. *Economic Sciences*. 9(2). 61-68. Recuperado de:
http://webbut.unitbv.ro/BU2016/Series%20V/BULETIN%20I/07_Patruti_Baltes.pdf
- Pivnyak, G., Shvets, V., y Palekhova, L. (2016). Sustainable development strategy as the key factor for competitiveness of technical universities. *Economic Bulletin of the National Mining University scientific journal*. 56(56). 9-14. Recuperado de:
https://ev.nmu.org.ua/index.php/en/archive/16-caten?arh_article=980
- Reátegui, C. (2018) con su tesis titulada: “*Análisis de la difusión gubernamental de la conciliación extrajudicial en el distrito de Puente Piedra -2017*”. Recuperado de:
<https://bit.ly/2w8gNHZ>
- Remigio, E. (2012) con su tesis titulada: “*Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima norte y Rimac – San Martín - Los olivos*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2w8STM0>
- Ruiz, R. (2013). Con su tesis titulada “*Programa de difusión sobre el deporte adaptado en México: CEPAMEX*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2HpraNy>
- Saussure, F. (1916). Curso de Lingüística General. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada. Recuperado de: http://fba.unlp.edu.ar/lenguajemm/?wpfb_dl=59

- Starke, J & Donal, P. (2016). Handbook of child & adolescent tuberculosis (first Edition)
Published 2016 Recuperado de: <https://bit.ly/2FOJ63c>
- Starke, J., y Donald, P. (2017). “Handbook of Child and Adolescent Tuberculosis”. United States: Oxford University Press.
- Straus, L (2009). Claude Lévi-Strauss en el pensamiento contemporáneo. (1º Edición)
Buenos aires. Recuperado de: <https://bit.ly/2Geq8mV>
- Soto, C & Segovia, J. (2009). *Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de aiken*. España. Recuperado de: <https://bit.ly/2S4nfcO>
- Tuli, S. (2016). “*Tuberculosis of the Skeletal System*”. New Dehli, India: Rajasekaran.
- Victorino Farga, Jose Antonio Caminero (2011). *Tuberculosis* (3º Ed). Santiago de Chile. MEDITERRANEO Recuperado de: <https://bit.ly/1kWoIzr>
- Villar, V. (2016) con su tesis titulada: “*Evolución de la tuberculosis en la Provincia de Soria 1994-2013*”. Recuperado de: <https://bit.ly/2YzS3UY>

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento para la recopilación de datos

TEST CONOCIENDO

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____ Sexo: _____ DNI: _____

INSTRUCCIONES: Lee cada una con mucha atención; luego, marca la respuesta que mejor te describe con una X según corresponda. Recuerda, no hay respuestas buenas, ni malas. Contesta todas las preguntas con la verdad.

OPCIONES DE RESPUESTA:

TA = Totalmente de acuerdo
DA = De acuerdo
NN = Ni de acuerdo ni desacuerdo
ED = En desacuerdo
TD = Totalmente en desacuerdo

N.º	PREGUNTAS	TA	DA	NN	ED	TD
1.	¿Está de acuerdo que la difusión de documentos primarios (documentos de información estadística) sea accesible para cualquier ciudadano?	TA	DA	NN	ED	TD
2.	¿Considera usted que la difusión de referencias de documentos (catálogos, índices bibliografías) también debería ser accesible a los solicitantes individuales?	TA	DA	NN	ED	TD
3.	¿Está de acuerdo que la difusión de selectiva de información (información a la carta) se encuentre disponible para los usuarios que tienen un mismo interés en cuando a la información que necesiten?	TA	DA	NN	ED	TD
4.	¿Considera usted que el conocimiento de los usuarios solo se da solo cuando necesitan algún tipo de información?	TA	DA	NN	ED	TD
5.	¿Considera usted que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo?	TA	DA	NN	ED	TD
6.	¿Está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para la difusión de documentos) de algunas instituciones para su mejor conocimiento?	TA	DA	NN	ED	TD

7.	¿Considera usted que los boletines informativos son de gran ayuda al desconocer de un tema?	TA	DA	NN	ED	TD
8.	¿Considera usted que le es difícil obtener una revista de prensa, para informarse de noticias de interés público?	TA	DA	NN	ED	TD
9.	¿Cree usted que al agregar recortes y fotocopias al dossier de prensa (documento que contiene toda la información de una institución) se le hace más entendible?	TA	DA	NN	ED	TD
10.	¿Considera usted que la tuberculosis pleural (tejido que protege los pulmones) es una enfermedad contagiosa?	TA	DA	NN	ED	TD
11.	¿Considera usted que al tener la tuberculosis ganglionar (bacteria que afecta y desarrolla en la zona del cuello y axilas) puede contagiar a otras personas?	TA	DA	NN	ED	TD
12.	¿Considera usted que debería tener conocimiento que existen otros tipos de tuberculosis, como la tuberculosis cerebral (bacteria que se aloja en el cerebro)?	TA	DA	NN	ED	TD
13.	¿Considera usted que no culminar el tratamiento, conlleva a tener consecuencias como un pulmón destruido?	TA	DA	NN	ED	TD
14.	¿Tiene usted conocimiento, que al culminar el tratamiento quedan lesiones como cavidades residuales (cicatrices, que se encuentran en el pulmón)?	TA	DA	NN	ED	TD
15.	¿Considera usted que la tuberculosis pericárdica se puede presentar en adultos mayores? (Bacteria que se aloja en el corazón)?	TA	DA	NN	ED	TD
16.	¿Considera usted que la tuberculosis osteoarticular (bacteria que se aloja en los huesos y/o articulaciones) es la menos frecuente?	TA	DA	NN	ED	TD
17.	¿Considera usted que tener la tuberculosis del aparato digestivo (bacteria que se aloja en el del aparato digestivo) ya no le permitiría tener una buena alimentación?	TA	DA	NN	ED	TD

Anexo 2: Validación de expertos



Certificado de validez de contenido del instrumento que mide campaña social y maltrato infantil

Título: Difusión de las acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en los pacientes de una posta médica, lima, 2019.

N.º	VARIABLE 1: Difusión	Pertinencia ^a				Relevancia ^a				Claridad ^a				Sugerencias	
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA		
DIMENSIÓN 1: Difusión documental															
1	¿Está de acuerdo que la difusión de documentos primarios (documentos de información estadística) sea accesible para cualquier ciudadano?				X				X				X		
2	¿Considera usted que la difusión de referencias de documentos (catálogos, índices bibliográficos) también debería ser accesible a los solicitantes individuales?				X				X				X		
3	¿Está de acuerdo que la difusión selectiva de información (información a la carta) se encuentre disponible para los usuarios que tienen un mismo interés en cuando a la información que necesitan?				X				X				X		
DIMENSIÓN 2: Planificación de la difusión															
4	¿Considera usted que el conocimiento de los usuarios solo se da cuando necesitan investigar algún tipo de información?				X				X				X		
5	¿Considera usted que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo?				X				X				X		
6	¿Está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para la difusión de documentos) de algunas instituciones para su mejor conocimiento?				X				X				X		
DIMENSIÓN 3: Documentos tradicionales para la difusión de información															
7	¿Considera usted que los boletines informativos son de gran ayuda al desconocer de un tema?				X				X				X		
8	¿Considera usted que le es difícil obtener una revista de prensa, para informarse de noticias de interés público?				X				X				X		



9	¿Cree usted que al agregar recortes y fotocopias al dossier de prensa (documento que contiene toda la información de una institución) se le hace más entendible?				X				X				X	
VARIABLE 2: Tuberculosis														
DIMENSIÓN 4: Tuberculosis Extrapulmonar														
10	¿Considera usted que la tuberculosis pleural (tejido que protege los pulmones) es una enfermedad contagiosa?				X				X				X	
11	¿Considera usted que al tener la tuberculosis ganglionar (bacteria que afecta y desarrolla en la zona del cuello y axilas) puede contagiarse a otras personas?				X				X				X	
12	¿Considera usted que debería tener conocimiento que existen otros tipos de tuberculosis, como la tuberculosis cerebral (bacteria que se aloja en el cerebro)?				X				X				X	
DIMENSIÓN 5: Tuberculosis Pulmonar														
13	¿Considera usted que no culminar el tratamiento, conlleva a tener consecuencias como un pulmón destruido?				X				X				X	
14	¿Tiene usted conocimiento, que al culminar el tratamiento quedan lesiones como cavidades residuales (cicatrices, que se encuentran en el pulmón)?				X				X				X	
DIMENSIÓN 6: Tuberculosis diseminada														
15	¿Considera usted que la tuberculosis pericárdica se puede presentar en adultos mayores? (Bacteria que se aloja en el corazón)?				X				X				X	
16	¿Considera usted que la tuberculosis osteoarticular (bacteria que se aloja en los huesos y/o articulaciones) es la menos frecuente?				X				X				X	
17	¿Considera usted que tener la tuberculosis del aparato digestivo (bacteria que se aloja en el del				X				X				X	

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

aparato digestivo) ya no le permitiría tener una buena alimentación? ☐

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Edwin Cesar Bernal DNI: 031425

Especialidad del validador: Med. Sociales 02 de 07 del 2017



 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

aparato digestivo) ya no le permitiría tener una buena alimentación? ☐

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Radolfo Sanchez DNI: 45222780

Especialidad del validador: Comunicación Social 02 de 07 del 2017



 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

aparato digestivo) ya no le permitiría tener una buena alimentación? ☐

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Alonso M. Vega DNI: 4634743

Especialidad del validador: Comunicación Social 02 de Julio del 2017



9	¿Cree usted que al agregar recortes y fotocopias al dossier de prensa (documento que contiene toda la información de una institución) se le hace más entendible?			X			X			X		
VARIABLE 2: Tuberculosis												
DIMENSIÓN 4: Tuberculosis Extrapulmonar												
10	¿Considera usted que la tuberculosis pleural (tejido que protege los pulmones) es una enfermedad contagiosa?			X			X			X		
11	¿Considera usted que al tener la tuberculosis ganglionar (bacteria que afecta y desarrolla en la zona del cuello y axilas) puede contagiar a otras personas?			X			X			X		
12	¿Considera usted que debería tener conocimiento que existen otros tipos de tuberculosis, como la tuberculosis cerebral (bacteria que se aloja en el cerebro)?			X			X			X		
DIMENSIÓN 5: Tuberculosis Pulmonar												
13	¿Considera usted que no culminar el tratamiento, conlleva a tener consecuencias como un pulmón destruido?			X			X			X		
14	¿Tiene usted conocimiento, que al culminar el tratamiento quedan lesiones como cavidades residuales (cicatrices, que se encuentran en el pulmón)?			X			X			X		
DIMENSIÓN 6: Tuberculosis diseminada												
15	¿Considera usted que la tuberculosis pericárdica se puede presentar en adultos mayores? (Bacteria que se aloja en el corazón)?			X			X			X		
16	¿Considera usted que la tuberculosis osteoarticular (bacteria que se aloja en los huesos y/o articulaciones) es la menos frecuente?			X			X			X		
17	¿Considera usted que tener la tuberculosis del aparato digestivo (bacteria que se aloja en el			X			X			X		

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide campaña social y maltrato infantil

Título: Difusión de las acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en los pacientes de una posta médica, lima, 2019.

N.º	VARIABLE 1: Difusión	Pertinencia				Relevancia				Claridad				Sugerencia
	DIMENSIÓN 1: Difusión documental	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	
1	¿Está de acuerdo que la difusión de documentos primarios (documentos de información estadística) sea accesible para cualquier ciudadano?				X				X				X	
2	¿Considera usted que la difusión de referencias de documentos (catálogos, índices bibliografías) también debería ser accesible a los solicitantes individuales?				X				X				X	
3	¿Está de acuerdo que la difusión selectiva de información (información a la carta) se encuentre disponible para los usuarios que tienen un mismo interés en cuando a la información que necesitan?				X				X				X	
DIMENSIÓN 2: Planificación de la difusión														
4	¿Considera usted que el conocimiento de los usuarios solo se da cuando necesitan investigar algún tipo de información?				X				X				X	
5	¿Considera usted que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo?				X				X				X	
6	¿Está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para la difusión de documentos) de algunas instituciones para su mejor conocimiento?				X				X				X	
DIMENSIÓN 3: Documentos tradicionales para la difusión de información														
7	¿Considera usted que los boletines informativos son de gran ayuda al desconocer de un tema?				X				X				X	
8	¿Considera usted que le es difícil obtener una revista de prensa, para informarse de noticias de interés público?				X				X				X	

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide campaña social y maltrato infantil

Título: Difusión de las acciones de una norma técnica contra la tuberculosis en los pacientes de una posta médica, Lima, 2019.

N.º	VARIABLE 1: Difusión	Pertinencia				Relevancia				Claridad				Sugerencias	
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA		
DIMENSIÓN 1: Difusión documental															
1	¿Está de acuerdo que la difusión de documentos primarios (documentos de información estadística) sea accesible para cualquier ciudadano?				X				X				X		
2	¿Considera usted que la difusión de referencias de documentos (catálogos, índices bibliografías) también debería ser accesible a los solicitantes individuales?				X				X				X		
3	¿Está de acuerdo que la difusión selectiva de información (información a la carta) se encuentre disponible para los usuarios que tienen un mismo interés en cuando a la información que necesitan?				X				X				X		
DIMENSIÓN 2: Planificación de la difusión															
4	¿Considera usted que el conocimiento de los usuarios solo se da cuando necesitan investigar algún tipo de información?				X				X				X		
5	¿Considera usted que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo?				X				X				X		
6	¿Está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para la difusión de documentos) de algunas instituciones para su mejor conocimiento?				X				X				X		
DIMENSIÓN 3: Documentos tradicionales para la difusión de información															
7	¿Considera usted que los boletines informativos son de gran ayuda al desconocer de un tema?				X				X				X		
8	¿Considera usted que le es difícil obtener una revista de prensa, para informarse de noticias de interés público?				X				X				X		

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

¿Cree usted que al agregar recortes y fotocopias al dossier de prensa (documento que contiene toda la información de una institución) se le hace más entendible?				X				X					X	
VARIABLE 2: Tuberculosis														
DIMENSIÓN 4: Tuberculosis Extrapulmonar														
¿Considera usted que la tuberculosis pleural (tejido que protege los pulmones) es una enfermedad contagiosa?				X				X					X	
¿Considera usted que al tener la tuberculosis ganglionar (bacteria que afecta y desarrolla en la zona del cuello y axilas) puede contagiar a otras personas?				X				X					X	
¿Considera usted que debería tener conocimiento que existen otros tipos de tuberculosis, como la tuberculosis cerebral (bacteria que se aloja en el cerebro)?				X				X					X	
DIMENSIÓN 5: Tuberculosis Pulmonar														
¿Considera usted que no culminar el tratamiento, conlleva a tener consecuencias como un pulmón destruido?				X				X					X	
¿Tiene usted conocimiento, que al culminar el tratamiento quedan lesiones como cavidades residuales (cicatrices, que se encuentran en el pulmón)?				X				X					X	
DIMENSIÓN 6: Tuberculosis diseminada														
¿Considera usted que la tuberculosis pericárdica se puede presentar en adultos mayores? (Bacteria que se aloja en el corazón)?				X				X					X	
¿Considera usted que la tuberculosis osteoarticular (bacteria que se aloja en los huesos y/o articulaciones) es la menos frecuente?				X				X					X	
¿Considera usted que tener la tuberculosis del aparato digestivo (bacteria que se aloja en el del				X				X					X	

Anexo 3: Fotos de encuestas





Anexo 4: Imágenes del ministerio de Salud – Datos de estudio



- Población: 31'826,018 hab.
- Densidad poblacional: 24.7 hab. x km²
- 25 Regiones geográficas
- Morbilidad de casos de TB: 31,518
- Casos nuevos de TB: 27,578
- Casos nuevos de TBP FP: 16,877
- Casos TB-MDR: 1,335
- Casos TB-XDR: 83
- 62% (19,692) de casos de TB, 83% (1,018) de TB-MDR y **88% (73) TB-XDR** notificados en Lima y Callao.
- Doce regiones priorizadas: Lima, Callao, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Ica, Tacna, Moquegua, La libertad, Arequipa, Lambayeque y Cusco.

2017*: SOLO 86% DE LOS CASOS DE TB SON DETECTADOS (31,087 notificados vs. 37,000 estimados) : CASOS DE TB EN COMUNIDAD SON FUENTES DE INFECCION QUE TRANSMITEN ENFERMEDAD

1. Inadecuada **captación** de Sintomáticos Respiratorios.
2. Alto porcentaje de abandonos a tratamiento.
3. Baja cobertura de examen de contactos.
4. Baja cobertura de Terapia Preventiva en TB.

INVERSIÓN

Presupuesto 13'858,066 de dólares: 2016 – 2019, priorizando intervención en el INPE y TB Resistente

Módulos	USD Inicial
Paquete para TB MR	\$5'532.727.80
Atención y prevención de TB	\$3'072.900.36
Tuberculosis / VIH	\$846,657.93
FSS – Seguimiento y evaluación	\$'1'283,651.93
Fortalecimiento de sistemas comunitarios	\$550,457.44
Gestión de programas	\$1'813,114.79
TOTAL	\$13'858,066.00

Acondicionamiento SOP-TB : 868,908 dólares

5 PAT OPERADOS



12/67 Establecimientos penales que concentran 91% de la carga de TB en el INPE. 10 E.P. de Oficina Regional (O.R.) Lima y 2 de O.R. Norte

RRHH

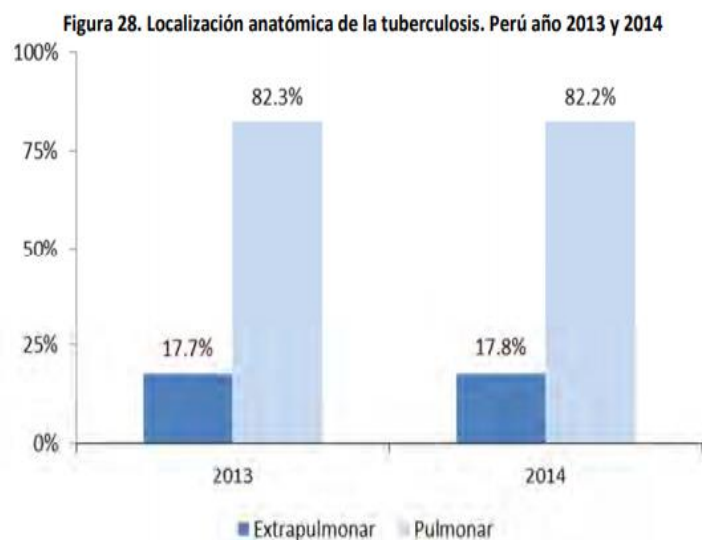
Laboratorio

Rayos X

Equinos de cómputo



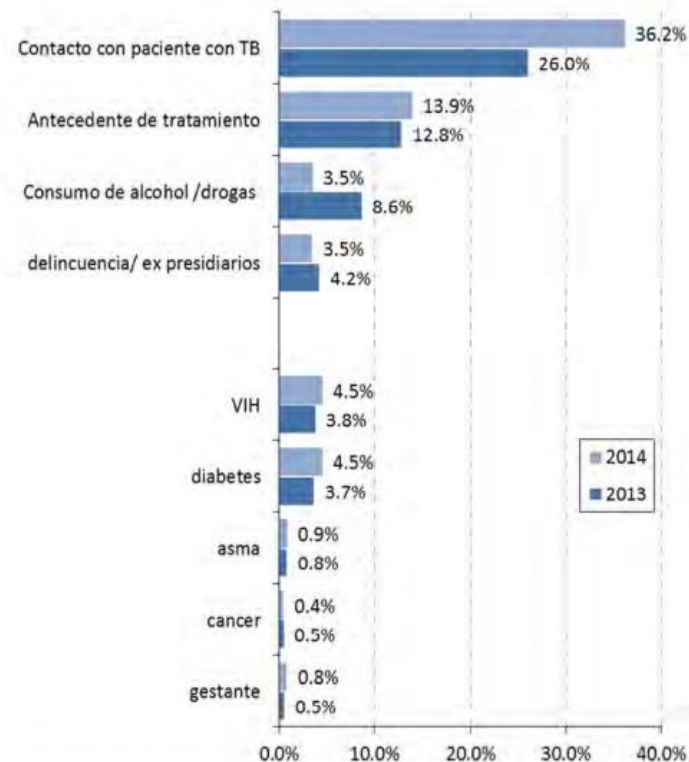
Fuente: Ministerio de Salud



Fuente: Vigilancia epidemiológica de TB-MINSA/DGE

El 77% de los casos con TB pulmonar se diagnosticaron con baciloscopia de esputo positiva, el 23% restantes no se les pudo realizar baciloscopia o tuvieron un baciloscopia de esputo negativa, donde el diagnóstico se realizó por criterios clínicos, epidemiológico y de diagnóstico por imágenes. Por otra parte, cabe resaltar que casi el 40% de los casos se diagnosticaron con baciloscopías con una carga bacilar alta (2 a 3 cruces, es decir de 1 a 10 bacilos por campo en 50 campos observados y más de 10 bacilos por campo en 20 campos observados, respectivamente). (Figura 29).

Figura 27. Condiciones y factores de riesgo en pacientes afectados por TB notificados al sistema de vigilancia. Perú 2013-2014

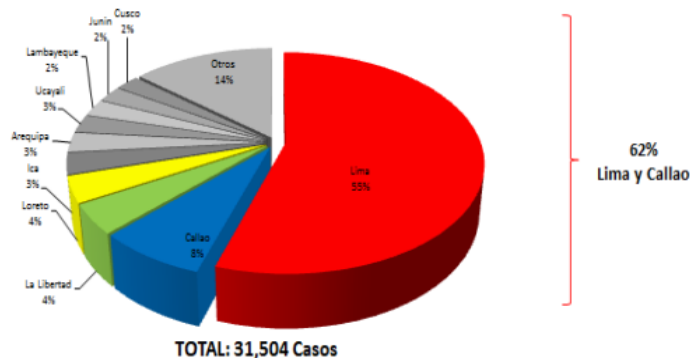


Fuente: Vigilancia epidemiológica de TB-MINSA/DGE

Fuente: Ministerio de Salud



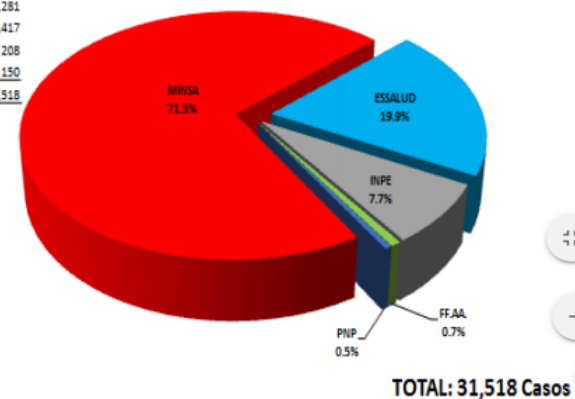
PROPORCIÓN DE CASOS DE TB POR REGIONES DE SALUD. PERÚ. 2017.



OTROS: Corresponde a las Regiones de Salud con proporción menor al 2% del total de casos.

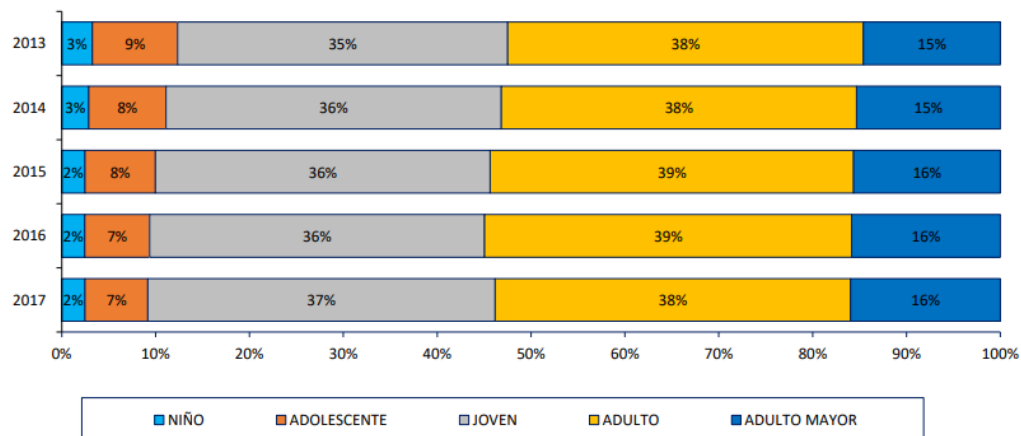
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE TB SEGÚN SUBSECTOR DE SALUD. PERÚ. 2017.

SUBSECTOR	N° CASOS TB
MINSA	22,462
ESSALUD	6,281
INPE	2,417
FF.AA.	208
PNP	150
TOTAL	31,518

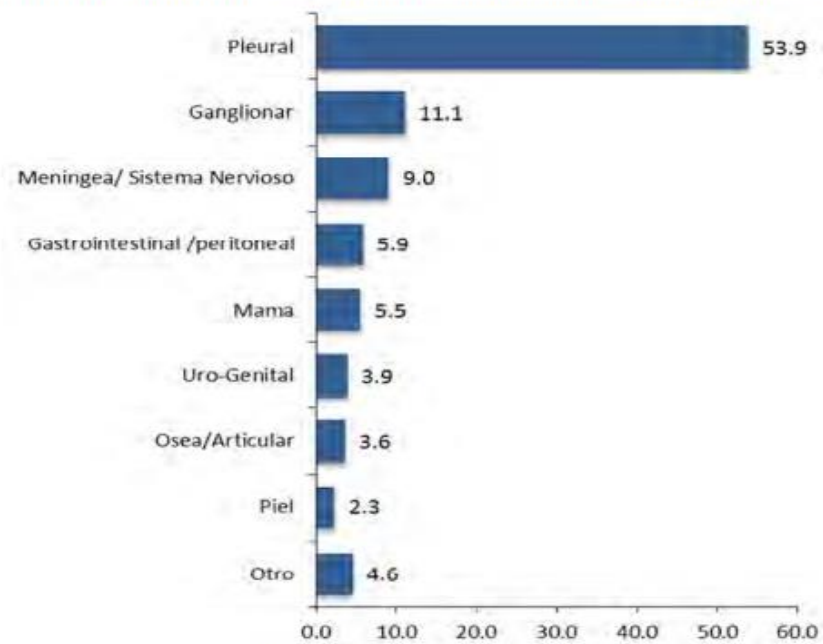


DISTRIBUCIÓN DE CASOS TB EN TODAS SUS FORMAS POR ETAPAS DE VIDA. PERÚ. 2013 – 2017.

Total de casos TB



10. Frecuencia de localización extrapulmonar de la tuberculosis. Perú años 2013 y 2014



Fuente: Vigilancia epidemiológica de TB-MINSA/DGE

Anexo 5: Resolución Ministerial

MINISTERIO DE SALUD

No. 552-2018/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 17 de Agosto del 2018



Visto, el Expediente N° 18-014883-001 que contiene el Informe N° 008-D-2018-HHHC-DPCTB-DGIESP/MINSA y la Nota Informativa 950-2018-DGIESP/MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la Ley precitada dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la acotada Ley señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública, entre otros, en materia de Prevención y Control de la Tuberculosis;

Que, asimismo, los literales a), b) y d) del artículo 64 del precitado Reglamento establecen como funciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública coordinar, proponer y supervisar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños en materia de Prevención y Control de la Tuberculosis; proponer, evaluar y supervisar la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos en materia de intervenciones estratégicas de Salud Pública; así como proponer, conducir, supervisar y evaluar el planeamiento y/o modelo de las acciones de las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños a la salud, en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud; así como con los gobiernos regionales;

Que, por Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, se aprobó la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, con la finalidad de contribuir a disminuir la prevalencia de la tuberculosis, a través de un enfoque de atención integral, en el marco del aseguramiento universal en salud;



D. VENEGAS



M. Calle

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto modificar la referida norma técnica de salud, señalando que la norma vigente no incluye las Dosis Fijas Combinadas Pediátricas, ni el manejo específico para casos de TB XDR con nuevas drogas, como son la Bedaquilina y Delamanid dentro del esquema de tratamiento para la Tuberculosis, los mismos que se incorporan con la actualización;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;



G. CANTERAC

Que, mediante el Informe N° 418-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido la opinión legal correspondiente;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Secretario General, de la Viceministra de Salud Pública, y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



G. RIVAS

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA;

SE RESUELVE:



MORALES C.

Artículo 1.- Aprobar la modificación de los sublitterales A.1 Esquema de Tratamiento para TB, A.2 Factores de riesgo para TB resistente a medicamentos, A.3 Esquema para TB sensible, A.4 Esquemas para TB resistente, A.5 Administración de tratamiento antituberculosis, A.6 Procedimientos para el inicio y monitoreo de tratamiento antituberculosis, A.7 Evaluación por el CRER/CER/CNER y reporte a la DPCTB, A.8 Condición de egreso del tratamiento antituberculosis, y A.9 Manejo quirúrgico de la tuberculosis, del literal A. MANEJO INTEGRAL DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA DE TUBERCULOSIS; y del literal H. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS (RAM), del subnumeral 8.3.3. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS, de la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, aprobada por Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, conforme al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



D. VENEGAS



M. Calla



G. Rosell



G. CANTERAC



A. BARRALES C.

Resolución Ministerial

Lima, 17 de Agosto del 2018

Artículo 2.- Aprobar la modificación de los anexos 16 y 22 de la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, aprobada por Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, conforme al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- Aprobar la incorporación de los anexos 16A, 23 y 24 en la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, aprobada por Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, conforme al anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 4.- Dejar subsistentes los demás extremos de la NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, aprobada por Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA.

Artículo 5.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

SILVIA ESTER PESSAH ELJAY



6.3.3 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

A. MANEJO INTEGRAL DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA DE TUBERCULOSIS

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el establecimiento de salud (EESS) durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, atención de las comorbilidades, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales, según corresponda para el monitoreo en el tratamiento TB sensible y TB resistente, como se detalla en Tabla 11 y 12.

A.1 Esquemas de tratamiento para TB

La administración de los esquemas de tratamiento antituberculosis es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial prescrito por el médico tratante, debe ser ratificado o modificado de acuerdo a los resultados de las Pruebas de Sensibilidad (PS) rápidas, dentro de los siete (07) días calendario posteriores a su publicación en el sistema de información electrónico de laboratorio del Instituto Nacional de Salud – Netlab.

Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad por PS rápida, según el siguiente flujograma de decisiones terapéuticas (Figura 2):

Figura 2: Flujograma de decisiones terapéuticas



TB-P: tuberculosis pulmonar; PS: prueba de sensibilidad; H: Isoniacida, R: Rifampicina, E: Etambutol, Z: Pirazinamida, Lfx: Levofloxacina, Km: Kanamicina, Eto: Etofamidato, Cs: Clofazimina, PQ: Fluoroquinolonas, ISL: Inyectable de segunda línea.

^{*} Estos esquemas deben ajustarse a los resultados de PS convencional. ^{**} Esquema acordado.

‡ La PS rápida a utilizar es de acuerdo a la disponibilidad de cada región: Genotype, MODS, GenXpert.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 164 - MINSADGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752-2011/MINSA

A.2 Factores de riesgo para TB resistente a medicamentos.

Los principales factores de riesgo para TB resistente se enumeran en la Tabla 4.

Tabla 4: Principales factores de riesgo para TB resistente

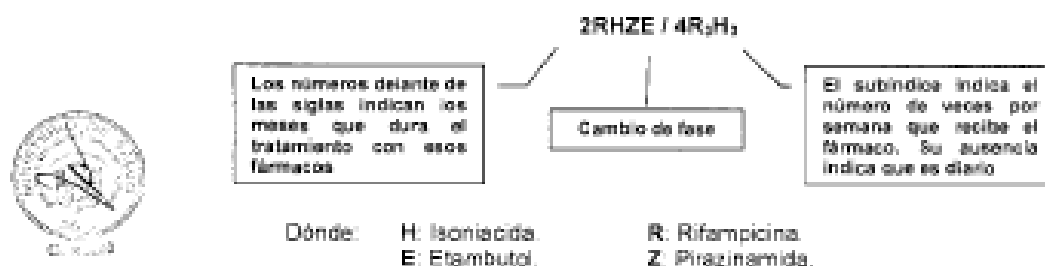
- | | |
|-----|---|
| 1. | Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea. |
| 2. | Contacto de caso confirmado de TB resistente. |
| 3. | Recalida dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea. |
| 4. | Recalida luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea. |
| 5. | Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros. |
| 6. | Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TB). |
| 7. | Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada. |
| 8. | Contacto con persona que falleció por TB. |
| 9. | Comorbilidades o condición previa: VIH, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor y otros. |
| 10. | Trabajadores y estudiantes de la salud. |

En toda persona afectada por tuberculosis (PAT) el EESS debe garantizar lo siguiente:

- Obtener una muestra de esputo y asegurar el procesamiento de la PS rápida y/o PS convencional.
- Iniciar el esquema de tratamiento para TB sensible en aquella PAT que se encuentra clínicamente estable y tienen en proceso su PS rápida.
- Si el resultado de la PS rápida demuestra TB resistente, se debe modificar el esquema según el flujo de decisiones terapéuticas (Figura 2), dentro de los 7 días calendario posteriores a su publicación en el Netlab y referir a la PAT para evaluación al médico consultor.
- En las PAT con factores de riesgo para TB resistente y/o deterioro clínico radiológico y en quienes no se puede esperar el resultado de PS rápida o convencional para iniciar tratamiento, la indicación del esquema queda a cargo del médico consultor.

A.3 Esquema para TB sensible:

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:



A.3.1 Indicación para pacientes con TB sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaldas y abandonos recuperados).
- **Esquema para adultos y niños:**

Primera Fase:	2 meses (HREZ) diario (50 dosis)
Segunda Fase:	4 meses (H ₃ R ₃) tres veces por semana (54 dosis)

Las dosis recomendadas se definen en las Tablas 5 y 6.

Tabla 5: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la Tabla 5.

Tabla 6: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	10 (10 -15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R)*	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

* Solo administrar Rifampicina en jarabe, en la presentación autorizada por la DIGEMID, incluida en el Padrón Nacional Único de Medicamentos Esenciales - PNUME.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 735-2-2019/MINSA

No se recomienda utilizar soluciones preparadas de manera no industrial o que no fueron elaboradas por el área de farmapotecnia.

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la Tabla 6.

En la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses.

En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses.

• **Esquema para TB extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular:**

En los casos de TB miliar o extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

Primera fase:	2 meses (HRZE) diario (50 dosis) +
Segunda fase:	10 meses (HR) diario (250 dosis)

Las dosis de los medicamentos son las mismas dispuestas en las Tablas 5 y 6 para personas de 15 años o más y menores de 15 años, respectivamente.

En casos de meningitis, pericarditis y formas miliares en niños y adultos debe añadirse corticoterapia sistémica a una dosis recomendada de 1 – 1.5 mg/Kg/día de prednisona (o su equivalente) por 2 a 4 semanas, seguido de una disminución progresiva del 30% de la dosis cada semana hasta su suspensión.

A.3.2 Indicación para pacientes con TB con infección por VIH/SIDA:

- Paciente VIH con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes VIH con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaidas y abandonos recuperados).

Esquema:

Primera fase:	2 meses (HREZ) diario (50 dosis) +
Segunda fase:	7 meses (HR) diario (175 dosis)

El esquema debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase (de lunes a sábado) y 175 dosis diarias en la segunda fase (de lunes a sábado). Debiendo garantizarse el cumplimiento de las 225 dosis programadas.

La dosis de los medicamentos son las dispuestas en las Tablas 5 y 6 para personas de 15 a más años y menores de 15 años, respectivamente.

Medicamentos de primera línea en dosis fijas combinadas (DFC):

Cuando exista disponibilidad de medicamentos de primera línea en DFC, utilizar en la medida que favorezca la adherencia al tratamiento antituberculosis. Sus presentaciones, posología y forma de administración se hallan en el Anexo N° 22.

Está indicado para el tratamiento de la tuberculosis sensible al tratamiento en pacientes nuevos. Las dosis fijas combinadas no deben ser utilizadas en las siguientes condiciones:



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 - 2011/MINSA

- Enfermos con daño hepático previo.
- Insuficiencia renal crónica avanzada.
- Alergia conocida a alguno de los medicamentos incluidos en la combinación.
- Pacientes con reacciones adversas a medicamentos (RAM).
- Pacientes con TB resistente.
- Otras situaciones especiales a criterio del médico consultor o neumólogo de referencia.

Los niños con menos de 30 kilos de peso deben recibir su tratamiento con medicamentos de primera línea en presentaciones separadas.

Las presentaciones separadas también deben ser usadas en esquemas modificados por reacciones adversas a medicamentos (RAM), esquemas para TB resistente y otras situaciones especiales.

A.4 Esquemas para TB resistente

La Organización Mundial de la Salud-OMS clasifica los medicamentos antituberculosos en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad antituberculosis, como se detalla en la Tabla 7.

La dosis de los medicamentos usados para el manejo de TB resistente en el país se presenta en la Tabla 8.

Para la utilización de medicamentos no considerados en el PNUME, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB) debe tener o gestionar su autorización ante la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas-DIGEMID de acuerdo a la norma técnica de salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, vigente.

Tabla 7: Clasificación de medicamentos antituberculosis 2016(*)

MEDICAMENTOS PARA TB DR			
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
FLUOROQUINOLONA	INYECTABLES DE SEGUNDA LINEA	2ª LINEA VIA ORAL	OTROS AGENTES
LEVOFLOXACINA 15 mg/Kg	AMIKACINA 15 - 20 mg/Kg	ETIONAMIDA/ PROTHIONAMIDA 15 mg/Kg	D1 PIRAZINAMIDA ETAMBUTOL ISONIACIDA ALTAS DOSIS
MOXIFLOXACINO 10 mg/kg	KANAMICINA 15 - 20 mg/Kg	CICLOSERINA 15 mg/Kg	D2 BEDAQUILINA DELAMANID
	CAPREOMICINA 15 - 20 mg/Kg	LINEZOLID 10 mg/Kg	D3 PAS IMPENEM CILASTATINA MEROPENEM AMOXICILINA/CV THIORIDAZINA
	ESTREPTOMICINA 15 - 20 mg/Kg	CLOFAZIMINA 200-300 mg/d	

(*) Referencia y adaptación: Guía de OMS, para tratamiento TB resistente, 2016

MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.N. N° 752 -2018/MINSA

Tabla 8. Tabla de medicamentos para TB resistente

Fármacos	Dosis 3 meses <18 años	Dosis en adulto			Dosis máxima (>70 Kg)	Presentación en forma individual
		<33 Kg	33-50 Kg	51-70 Kg		
Ácido Para amino Salicílico - sachet (PAS)	200-300 mg/kg/d	150 mg/kg/d	5-8 g/día	8 g	8-12 g	PAS sachet x 4 g
Amikacina (Am)	15-25 mg/kg/d	15-30 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 500 mg Amp. x 1000 mg
Amoxicilina/ Clavulato (Ama/Clv)	50 mg/kg dividida en 2 dosis, basado en amoxicilina	40 mg/kg/día, máximo 2000 mg Adultos: 1000/250 mg cada 12 horas				Tab. x 500/125 mg
Bedaquiline (Bdq)	No indicado*	400 mg/día x 14 dosis. Luego 200 mg 3x/semana por 22 semanas				Tab. x100 mg
Capreomicina (Cm)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 1 g
Cicloserina (Cs)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. x 250 mg
Clofazimina (Clf)	2-3 mg/kg/día, si el niño tiene <25 kg dar 100 mg cada 2 días. Max. 200mg	3-5 mg/kg/día 200 a 300 mg por día hasta pigmentación de la piel (2 meses), luego 100 mg/día				Cápsula x 100 mg
Delamanid (Dlm)	3-5 mg/kg/d	100 mg cada 12 horas o 3-5 mg/kg/día				Tab. x 50 mg
Etabutol (E)	15-25 mg/kg/d Max.1200mg/d	20-25 mg/kg/d	800-1200 mg	1200-1600 mg	1600 mg	Tab. x 400 mg
Estreptomina (S)	20-40 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 1 g
Etisonamida (Eta)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. x 250 mg
Imipenem/cilast atina (Ipem/Cln)*	Solo IV, según prescripción de médico tratante	20 - 40 mg/kg/día en 2 dosis Adultos: 1000 mg cada 12 horas				Amp. x 500 mg
Isoniacida altas dosis	15 - 20 mg/kg/d	15 mg/kg/d, máximo 900 mg/día				Tab. x 100 mg
Kanamicina (Km)	15 - 20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 1 g
Levofloxacina (Lfx)	≤ 5 años: 7.5-10 mg/kg x 2wd > 5 años: 10-15 mg/kg/día	10-15 mg/kg/d	500-750 mg	750 mg	750-1000 mg	Tab. x 500 mg Tab. x 250 mg
Linezolid (Lzd)	Niños < 10 años: 10 mg/kg/dosis, 2v/d Niños ≥ 10 años: 300 mg diario	Adultos: 10-20 mg/kg/día (600 mg una vez al día)				Tab. x 600 mg
Meropenem (Mpm)	20-40 mg/kg c/8 h Max. 6g/d	20-40 mg/kg c/8h Adultos: iniciar con 1000 mg cada 8 horas, o 2000 mg cada 12 horas				Amp. x 500 mg
Moxifloxacino (Mfx)	7.5 - 10 mg/kg/d Máx: 800 mg	10 mg/kg/d Máx. 400 mg	Máx. 800 mg	Máx. 800 mg	800 mg	Tab. x 400 mg
Thiohidrazina (Tho)	> 2 años y < 10 a.: 0.5-3 mg/kg/día. Máx 100mg/día > 10 a. y < 18 a.: 200 mg/día	Adultos (iniciar con 50 mg/día, aumentar 50 mg/día cada semana según tolerancia, hasta alcanzar dosis máxima de 250 mg/día Al término del tratamiento programado, retirar en forma progresiva 50 mg/día, cada mes, en el último trimestre				Tab. x 100 mg

* Según las recomendaciones de OMS y DIGEMID para la inclusión adecuada de su uso.

* Para 3 meses a <18 años, preferir Meropenem según disponibilidad.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 164 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 1352 - 2018/MINSA

Los esquemas de tratamiento para TB resistente son de cuatro tipos: estandarizado, empírico, individualizado y esquemas acortados.

A.4.1. Esquema Estandarizado

Indicación:

Es un esquema transitorio a utilizar en la PAT con factores de riesgo para TB MDR y en quien, por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una PS rápida o convencional para iniciar tratamiento. Es indicado por el médico consultor.

Esquema:

Primera fase:	6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario
Segunda fase:	12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario

A.4.2. Esquemas Empíricos

Indicaciones:

- Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS rápida.
- Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS convencional solo a medicamentos de primera línea.
- Paciente que es contacto domiciliario de un caso de TB. En este caso el esquema se basa en el tratamiento del caso índice. Es indicado por el médico consultor.

De acuerdo al resultado de las pruebas rápidas a Isoniácida y Rifampicina se establecen los esquemas empíricos definidos en la Tabla 9 de la presente norma técnica de salud.

Tabla 9: Esquemas Empíricos para TB resistente basados en la PS rápida a H y R

Resultado PS rápida	Esquema empírico	Duración	Comentario
TB H resistente	2 (REZLfx) / 7 (RELfx)	Terapia diaria excepto domingos por 9 meses	Ajustar estos esquemas según resultado de PS convencional a medicamentos de 1 y 2 línea
TB R resistente	6 - 8 (HEZLfxKmEtoCs) / 12 (HEZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos 12 a 18 meses	
TB H y R resistente (TB MDR)	6 - 8 (EZLfxKmEtoCs) / 12 - 16 (EZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos ≥16 meses	

A.4.3. Esquemas Acortados

El uso del esquema acortado de tratamiento para tuberculosis resistente a Rifampicina (TB-RR) o TB-MDR, se debe comenzar a implementar gradualmente en el país.

Con el fin de reproducir las altas tasas de curación obtenidos en los estudios con regímenes acortados, se debe realizar el máximo esfuerzo para evitar la adquisición de resistencia adicional, al seleccionar cuidadosamente a los PAT y asegurar el apoyo efectivo al paciente que le permita ser adherente al tratamiento. Es indicado por el médico consultor en coordinación con el responsable o coordinador de los servicios de prevención y control de la TB en DIRIS/DIRESA/GERESA o con quien éste delegue, y es remitido al CRER/CER para emisión de acta y posología definitiva.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA

Indicaciones:

- En pacientes con TB-RR o TB-MDR que no han sido previamente tratados con fármacos de segunda línea y en los que la resistencia a las fluoroquinolonas y a los inyectables de segunda línea ha sido excluida o se considera muy improbable

Criterios de Inclusión para los Regímenes Acortados TB-RR o TB-MDR:

- Confirmar la susceptibilidad o se presume la efectividad de las quinolonas e inyectables de segunda línea.

Criterios de Exclusión para los Regímenes Acortados TB-RR o TB-MDR:

El tratamiento acortado solo puede ser utilizado en pacientes TB-MDR que NO tengan estas condiciones:

- Resistencia confirmada, o sospecha de ineficacia, de las quinolonas y/o de los inyectables de segunda línea.
- Tratamiento previo por más de 1 mes con alguno de los fármacos de segunda línea incluidos en el régimen acortado de TB-MDR.
- Intolerancia a uno o más de los medicamentos del régimen acortado de TB-MDR, o riesgo incrementado de toxicidad (interacciones de fármacos, cardiotoxicidad). Las RAFAs Leves no son motivo de exclusión.
- Embarazo.
- TB Extrapulmonar.

Esquema:

Primera fase: 4-6 meses (Km-Mfx (alta dosis)-Pto-Clz-Z-Had*-E) diario

Segunda fase: 5 meses (Mfx (alta dosis)-Clz-Z-E) diario

*Had: Isoniacida a altas dosis.

- Se pueden reemplazar los medicamentos, solo bajo criterios establecidos. (ver cambios posibles).
- En el régimen no pueden ser incluidos los nuevos medicamentos (Linezolid, Bedaquilina y Delamanid).

Cambios posibles y otros considerandos en el régimen acortado TB-MDR:

- Si la baciloscopia sigue positiva al final del 4° mes, la fase intensiva se prolonga hasta que sea negativa, hasta un máximo de 6 meses. La fase de continuación permanece fija en 5 meses.
- Moxifloxacino no se puede cambiar por Levofloxacino.
- Etionamida puede ser utilizada en lugar de Protionamida hasta que este disponible dado que tiene un menor efecto gástrico.
- Amikacina se puede utilizar en lugar de Kanamicina, solo en circunstancias en que este último no se encuentre disponible.

La toma previa, por más de 1 mes, de una fluoroquinolona o un inyectable de segunda línea que no están incluidos en régimen acortado de TB-MDR, pero que puede producir resistencia cruzada también se considera un criterio de exclusión.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSU/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 952 -2010/MINSU

- El Test de sensibilidad para la Pirazinamida, Etambutol, Etionamida/Protionamida, Clofazimina no es un requisito esencial antes de empezar el esquema acortado de TB-MDR y teniendo en cuenta que no existe un test de sensibilidad fiable para estas drogas se recomienda no realizarlo.
- El clínico puede todavía decidir el utilizar el régimen acortado de TB-MDR aún en la presencia de Resistencia a la Pirazinamida, Etambutol y Etionamida/Protionamida.
- A todos los pacientes que van a recibir un esquema de tratamiento para TB-MDR se les debe realizar un test de sensibilidad para fluoroquinolona e inyectable de segunda línea antes de empezar el mismo. El inicio del tratamiento no está condicionado a la espera de los resultados.
- El régimen acortado de TB-MDR de la OMS se puede también utilizar en personas con VIH.

En caso se requiera cambios adicionales a los antes mencionados, por reacción adversa u otra circunstancia en salvaguarda de la salud del paciente, el caso ha de presentarse al CRER/CER para su manejo mediante un esquema individualizado.

A.4.4. Esquemas Individualizados

Indicación:

Paciente con diagnóstico de TB resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

- **Casos de TB mono o polirresistente:**

En casos de TB mono o polirresistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado. Es indicado por el médico consultor. Los esquemas de acuerdo al perfil de resistencia se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10: Esquemas para TB mono o polirresistente

Perfil de Resistencia	Esquema de tratamiento diario	Duración (meses)
H	2RZELfx / 7RELfx	9
H + S	2RZELfx / 7RELfx	9
H + E	2RZLfxS / 7RZLfx	9
H + E + S	2RZLfxKm / 7RZLfx	9 a 12
H + Z	2RELfxS / 7RELfx	9 a 12
H + E + Z	3RLfxEtoS / 15 RLfxEto	18 meses
Z	2RHE / 7 RH	9
E	2RHZ / 4 RH	6
R	3HEZLfxKm/9HEZLfx	12 a 18
Otras combinaciones	Según evaluación del médico consultor y el CRER/CER - DIRIS	



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSADGSP Y.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 7-52-2016/MINSA

• **Casos de TB MDR:**

Los esquemas individualizados para TB MDR son elaborados por el médico consultor y revisados posteriormente por el Comité Regional de Evaluación de Retratamientos-CRER/Comité de Evaluación de Retratamiento-CER.

El esquema individualizado para el paciente con TB MDR debe elaborarse considerando los siguientes principios:

- Incluir por lo menos 4 medicamentos antituberculosis de segunda línea a los que son sensibles o nunca fueron administrados en el paciente. Dentro de ellos debe indicarse una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.
- Debe incluir Pirazinamida por su potencial beneficio clínico.
- Usar Etambutol cuando se demuestre que la cepa es sensible.
- La historia de exposición a medicamentos antituberculosis: Evaluación detallada de los medicamentos utilizados, dosificaciones recibidas, historial de adherencia, uso de terapia directamente observada en boca, otros.
- Los resultados de las PS a medicamentos de primera y segunda línea disponibles.
- El historial de contactos y sus perfiles de sensibilidad a medicamentos.
- Los antecedentes de Reacciones Adversas a Medicamentos - RAM, abandono o tratamiento irregular.

• **Casos de TB XDR**

Los esquemas para TB XDR son elaborados por el Comité Nacional de Evaluación de Retratamientos-CNER y se prescriben de acuerdo al resultado de la prueba de sensibilidad para medicamentos de primera y segunda línea o rápida molecular de segunda línea en los siguientes casos:

- En casos XDR.
- En casos MDR con resistencia a fluoroquinolona (FQ).
- En casos MDR con resistencia a inyectable de segunda línea (ISL).

Otros casos no considerados, así como aquellos con alto riesgo de resultados desfavorables al recibir medicamentos de primera y segunda línea, son previamente evaluados en el CNER.

El médico tratante de la Unidad Especializada en Tuberculosis (UNET) inicia el tratamiento en casos con riesgo de muerte, debiendo completar el expediente para su presentación al CNER en un plazo no mayor de 30 días calendario bajo responsabilidad administrativa.

Antes de elaborar el esquema de tratamiento para TB XDR se debe tener en consideración:

- La historia de exposición a medicamentos antituberculosis por la persona afectada por tuberculosis (PAT).
- El perfil de resistencia de la prueba de sensibilidad de la PAT.
- El historial de contactos: perfil de sensibilidad a medicamentos, tratamientos recibidos y resultados de los mismos.
- El estado metabólico - funcional del paciente y comorbilidades: función hepática, renal, cardíaca, gástrica, psiquiátrica.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/OGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA

- Los antecedentes de Reacción adversa a medicamentos - RAM, abandono o tratamiento irregular.

El esquema de tratamiento de TB XDR se debe diseñar considerando:

- Un núcleo básico que debe incluir 3 medicamentos a los que el paciente no se haya expuesto nunca, que incluyan: Linezolid, Bedaquilina, Delamanid, Thioridazina, Clofazimina o Carbapenem (Meropenem e Imipenem/Cilastatina).
- Se debe utilizar uno de los siguientes núcleos básicos:
 - ✓ Núcleo básico vía oral: Linezolid - Bedaquilina o Delamanid, Clofazimina.
 - ✓ Núcleo básico vía endovenoso: Linezolid - Carbapenem-Thioridazina.
- La modificación del núcleo básico es previa evaluación del CNER. Se debe preferir el uso del esquema con núcleo básico oral, cumpliendo las recomendaciones de OMS y DIGEMID para la inclusión adecuada de su uso, con:
 - Bedaquilina, en pacientes adultos (≥18 años) con enfermedad pulmonar, especial cautela en personas mayores de 65 años de edad y en adultos con VIH que no responden a otros regímenes de tratamiento. Así mismo no se recomienda su uso en mujeres embarazadas y en niños.
 - Delamanid, selección cuidadosa de los pacientes que probablemente deben ser beneficiados.
- El uso de esquema con núcleo básico endovenoso se debe considerar en:
 - ✓ Pacientes con una o más comorbilidades severas que requieran monitoreo hospitalario.
 - ✓ Pacientes con enfermedad pulmonar avanzada: insuficiencia respiratoria crónica, inestabilidad hemodinámica, que requiera soporte oxigenatorio.
 - ✓ Paciente con trastornos psiquiátricos que dificulten la adherencia al tratamiento ambulatorio según reporte de psiquiatría y/o psicología.
- Añadir una fluoroquinolona de tercera generación, aminoglucósido, polipéptido u otros medicamentos con sensibilidad demostrada o que no se haya demostrado resistencia.
- El esquema debe incluir no menos de seis medicamentos.
- La duración del tratamiento en TB XDR debe ser de 18 a 24 meses. La duración total del tratamiento para TB XDR es guiada por la conversión de los cultivos.

Fases del tratamiento para la TB XDR:

El tratamiento en TB XDR tiene dos fases:

a. Fase Intensiva:

- Con medicamentos disponibles que tengan la mayor actividad bactericida: Linezolid, Bedaquilina, Delamanid, Carbapenem.
- Duración: 08 a 12 meses en esquema para TB XDR con núcleo básico endovenoso y 6 meses en esquema con núcleo básico oral.
- En el esquema que incluye Carbapenem, esta fase tiene dos etapas:



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - NIMSADGSP V.01
MORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752, -2018/MINSA

- ✓ **Hospitalaria:** Tratamiento endovenoso administrado y supervisado en el hospital, por lo menos 02 meses.
 - ✓ **Extra-hospitalaria:** En su domicilio o lugar de residencia temporal acondicionado, continuando la administración endovenosa de Carbapenem administrado por personal entrenado.
 - En la fase intensiva el Hospital y/o la Unidad Ejecutora a cargo del EESS de la jurisdicción de la PAT deben garantizar se disponga el personal suficiente para supervisar el tratamiento tanto en hospitalización como en domicilio o lugar de residencia temporal, según corresponda.
- b. Fase de Continuación:**
- Con medicamentos necesarios para lograr la esterilización.
 - Duración: 12 a 18 meses, hasta completar el tratamiento.

Consideraciones para la duración del tratamiento y el uso de inyectables para la TB resistente.

La duración total de los tratamientos para TB resistente es guiada por la conversión de los cultivos.

La duración del tratamiento de la TB mono y poliresistente varía entre 9 y 18 meses.

La duración del tratamiento para la TB MDR no debe ser menor a 18 meses.

La prolongación del tratamiento mayor a 24 meses siempre debe ser:

- Para TB MDR, autorizada por el CRER/GER y remitida para revisión por el CNER, para lo cual se debe presentar el caso al CRER/GER a inicios del último trimestre de tratamiento programado, bajo responsabilidad del EESS.
- Para TB XDR, autorizado por el CNER para lo cual se debe presentar el caso a inicios del último trimestre de tratamiento programado, bajo responsabilidad de la UNET con apoyo del EESS.

En casos de TB MDR se debe administrar los inyectables de segunda línea diariamente hasta lograr la conversión bacteriológica; posteriormente, la administración debe ser intermitente, tres veces por semana, hasta contar con 4 cultivos negativos mensuales consecutivos hasta completar un máximo de 6 a 8 meses de terapia con inyectables, salvo indicación del médico consultor.

En los casos de TB XDR la duración del uso de los carbapenems e inyectables de segunda línea es determinada de acuerdo a la evolución clínica, bacteriológica y radiológica evaluada por los médicos tratantes de la UNET y aprobados por el CNER.

A.5 Administración del tratamiento antituberculosis

Toda PAT diagnosticada de tuberculosis debe recibir orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.

La administración del tratamiento debe ser directamente supervisada en boca durante todo el tratamiento.

Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluidos feriados), una (01) hora antes o después de ingerir alimentos. En días feriados el EESS debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada.

La medicación antituberculosis se administra en forma simultánea en una sola toma diaria, una hora antes o después de ingerir alimentos.



**MODIFICATORIA DE LA NTS N° 184 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA**

La Etionamida, Cicloserina y PAS se deben administrar de manera fraccionada en 2 tomas, directamente supervisadas, de acuerdo a tolerancia.

Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del EESS debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido.

Se debe administrar Piridoxina (vitamina B6) por vía oral en casos que reciban Linezolid y/o Cicloserina. En caso de solo usar Linezolid se recomienda 50 mg de Piridoxina y por cada 250 mg de Cicloserina debe administrarse 50 mg de Piridoxina.

La administración de ácido para-amino salicílico (PAS) debe ser con bebidas o alimentos ácidos. El PAS en sachet debe mantenerse refrigerado.

Durante la fase de continuación de los esquemas de TB XDR la administración diaria del esquema de tratamiento se debe realizar en el EESS y/o en el domicilio o lugar de residencia temporal acondicionado, según sea la condición del paciente.

Los medicamentos e insumos entregados por el servicio/departamento de farmacia de Hospitales y/o UNET al servicio de prevención y control de la TB para las PAT hospitalizadas y en tratamiento ambulatorio, deben estar debidamente individualizados, separados, identificados y adecuadamente almacenados.

Para los casos de abandono de tratamiento, cambio de esquema o fallecimiento del PAT, estos productos no utilizados deben ser devueltos al servicio/departamento de farmacia del EESS.

El suministro de medicamentos para los pacientes con esquemas de TB XDR que están con tratamiento ambulatorio domiciliario debe brindarse en forma mensual, previa Receta Única Estandarizada (RUE) del médico tratante autorizado de la UNET.

A.6 Procedimientos para el inicio y monitoreo del tratamiento antituberculosis

A.6.1. TB sensible

Procedimiento para el inicio del tratamiento en TB sensible

El inicio de tratamiento para TB sensible debe ser dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico.

El procedimiento comprende los siguientes pasos:

1. Realizar la consulta médica y evaluación de factores de riesgo para TB resistente (Tabla 4).
2. Verificar que la muestra de esputo para PS rápida (en TB pulmonar) esté en proceso.
3. Obtener consentimiento informado (Anexo N° 16).
4. Solicitar la batería de exámenes auxiliares basales (Tabla 11).
5. Realizar entrevista de enfermería.
6. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea (Anexo N° 4) e inicio del registro de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea (Anexo N° 5).
7. Realizar visita domiciliaria para verificación de domicilio y censo de contactos.

Monitoreo de la respuesta al tratamiento para TB sensible

El monitoreo del tratamiento mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares se detalla en la Tabla 11 de la presente norma técnica de salud.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 134 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA

El control médico debe ser realizado al inicio, al primer mes, segundo mes y al término del tratamiento.

La baciloscopia mensual es obligatoria en todos los casos: Toda muestra de esputo cuya baciloscopia resulte positiva durante la segunda fase de tratamiento debe ser remitida por el personal de laboratorio para cultivo y el caso debe ser evaluado por el médico consultor. Toda PAT al término de tratamiento debe tener una baciloscopia y cultivo de control.

A toda PAT que al finalizar la primera fase de tratamiento (segundo mes) y presenta **baciloscopia positiva** se debe:

- Solicitar prueba de sensibilidad rápida a Isoniacida y Rifampicina por métodos moleculares o fenotípicos.
- Solicitar cultivo de esputo, si es positivo debe repetirse mensualmente.
- Prolongar la primera fase hasta que se disponga del resultado de la prueba de sensibilidad rápida.
- Referir al médico consultor con el resultado de la PS rápida para su evaluación respectiva.

Tabla 11: Monitoreo del tratamiento de la TB sensible

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento					
		1	2	3	4	5	6
Hemograma completo	X						
Glicemia en ayunas	X						
Creatinina	X						
Perfil hepático	X		X				
Prueba rápida o ELISA para VIH 1-2	X						
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X						
Radiografía de tórax	X		X				X
Prueba de sensibilidad rápida	X						
Baciloscopia de esputo de control		X	X	X	X	X	X
Cultivo de esputo							X
Evaluación por enfermería	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por médico tratante	X	X	X				X
Evaluación por servicio social	X		X				X
Evaluación por psicología	X		X				X
Consejería por nutrición	X		X				X
Control por planificación familiar	X		X				X
Control de peso	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por especialidad según comorbilidad	X		X		X		X



A.6.2. TB resistente

A.6.2.1 TB mono, polirresistente y MDR

Procedimiento para el inicio del tratamiento en TB mono, polirresistente y MDR

El inicio de tratamiento para TB resistente debe ser lo antes posible y no debe ser mayor a 07 días calendario posteriores a la publicación del resultado de la prueba de sensibilidad en el Netlab.

MODIFICATORIA DE LA MTS N° 134 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 952 -2018/MINSA

El proceso comprende los siguientes pasos:

1. Referir a la PAT al médico consultor del nivel correspondiente con su historia clínica que debe contener:
 - Evaluación del médico tratante del EESS.
 - Evaluación de servicio social, psicológico y enfermería.
 - Copia de tarjeta de control de tratamiento.
 - Resultados de prueba de sensibilidad, esputo y cultivo.
 - Exámenes auxiliares iniciales detallados en la Tabla 10.
2. El médico consultor del nivel correspondiente evalúa a la PAT, completa el formato de "Resumen de historia clínica de paciente con TB resistente" que incluye la opinión del médico consultor (Anexo N° 17) y emite la posología de medicamentos de segunda línea, la cual tiene vigencia solo de 30 días.
3. El EESS recibe la Receta Única Estandarizada (RUE) y el médico tratante obtiene el consentimiento informado de aceptación del tratamiento antituberculosis (Anexo N° 16).
4. El EESS solicita los medicamentos a la coordinación de los servicios de prevención y control de la TB de la DIRIS/RED/DIRESA o quien haga sus veces, quienes coordinan con la DEMIDI/DIREMID o la que haga sus veces a nivel regional, para su abastecimiento, adjuntando la RUE de medicamentos de segunda línea.
5. El EESS inicia el tratamiento según la RUE del médico consultor dentro de un tiempo no mayor a 48 horas posteriores a la evaluación y completa el expediente para su presentación al CRRV/CER en un plazo máximo de 14 días calendario, bajo responsabilidad administrativa.
6. Solo los pacientes con indicación de inyectables de segunda línea y/o Cicloserina deben ser evaluados de rutina por otorrinolaringología y/o psiquiatría, respectivamente, dentro del primer mes de iniciado el tratamiento. No debe postergarse el inicio del tratamiento por no disponer de estas evaluaciones.
7. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de segunda línea (Anexo N° 6) e inicio del registro de la tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de segunda línea (Anexo N° 7).

Monitoreo de respuesta al tratamiento de la TB mono, polirresistente y MDR

El monitoreo del tratamiento de la TB resistente mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares se detalla en la Tabla 12.

El control de los pacientes con TB resistente debe ser realizado por el médico tratante del EESS de manera mensual y por el médico consultor cada 3 meses.

Todo paciente con TB mono, polirresistente y MDR debe ser monitoreado con baciloscopia y cultivo de esputo mensuales durante todo el tratamiento.

Una vez que se haya dado alta al paciente, el médico tratante debe realizar 6 controles mensuales post tratamiento.



Tabla 12: Monitoreo del tratamiento de la TB mono, polirresistente y MDR

Procedimientos	Estudio Basal	Meses de tratamiento					
		3	6	9	12	15	Entre 18 a 24
Hemograma completo	X	X	X				
Glicemia en ayunas	X	X	X				
Creatinina	X	X	X				
Perfil hepático	X	X	X		X		
Electrolitos (Na, K, Cl) (si esquema incluye inyectables)	X	X	X				
TSH* (si esquema incluye Eto o PAS)	X	Según indicación de médico consultor					
Prueba rápida o ELISA para VIH 1-2	X		X		X		X
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X		X		X		X
Radiografía de tórax	X		X		X		X
Baciloscopia de control		Mensual					
Cultivo de control		Mensual					
Evaluación por enfermería	X	Mensual					
Evaluación por médico tratante	X	Mensual					
Evaluación por médico consultor	X	Trimestral					
Evaluación por servicio social	X	Trimestral					
Evaluación por psicología	X		X		X		X
Evaluación por psiquiatría (si esquema incluye Clozapina o presenta comorbilidad)	X	Según indicación de médico consultor					
Audiometría y otomolaringología (si esquema incluye inyectables)	X		X				
Consejería nutricional	X		X		X		X
Control por planificación familiar	X	X	X	X	X	X	X
Control de peso	X	Mensual					

*TSH: hormona estimulante de tiroides.

Monitoreo del régimen acortado para TB MDR

- El seguimiento clínico de los casos es similar a los esquemas estandarizado y empírico.
- Las definiciones de los resultados del tratamiento y los informes son similares a los de los otros regímenes.
- Los resultados de la cohorte pueden informarse junto con los de otros regímenes de TB-MDR más largos, pudiendo los niveles correspondientes de prevención y control de la TB analizar las cohortes por separado.
- Se recomienda el monitoreo y farmacovigilancia activa de la seguridad en el uso de los fármacos.



- Hasta la fecha, las toxicidades más frecuentes reportadas son:
 - Deficiencia auditiva relacionada con los agentes inyectables.
 - Trastornos gastrointestinales relacionados con Protonamida (Etonamida).
 - Clofazimina y Moxifloxacino podrían prolongar el intervalo QT.

A.6.2.2 TB XDR

Procedimiento para el inicio del tratamiento en TB XDR

El inicio de tratamiento en los casos de TB XDR no debe ser mayor a 14 días posteriores a la evaluación del CNER.

Para el inicio de tratamiento en TB XDR el EESS de origen debe:

1. Garantizar la afiliación de la PAT con TB a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA) respectiva.
2. Acompañar y transferir a la PAT a la UNET para inicio de tratamiento, llevando consigo:
 - Copia del expediente del caso
 - Copia del acta del CNER
 - Formato de referencia institucional
 - Formato de afiliación a la IAFA a la que pertenece la PAT.
 - Copia de DNI
 - Informe del censo y evaluación de contactos que debe ser transcrito y actualizado en la tarjeta de tratamiento del paciente trimestralmente

Con esta información el médico tratante de la UNET debe:

1. Elaborar el plan de trabajo para el manejo del paciente.
2. Elaborar la Receta Única Estandarizada (RUE) del paciente y remitir una copia a la coordinación de los servicios de prevención y control de TB o quien haga sus veces y a la DPCTB.
3. Obtener el consentimiento informado (Anexo N°16A) y adicionalmente el asentimiento informado de corresponder, de aceptación del tratamiento antituberculoso.

Una copia de este consentimiento informado según corresponda, debe ser entregada a la PAT y otra quedar en la historia clínica.

Monitoreo de respuesta al tratamiento de la TB XDR

El monitoreo del tratamiento de la TB XDR debe realizarse en las UNET hospitalarias bajo adecuadas medidas de control de infecciones.

El monitoreo del tratamiento de la TB XDR se realiza mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares que se detallan en el plan de monitoreo de tratamiento para la TB XDR (Tabla 12A), e incluye:

1. **Monitoreo de respuesta al tratamiento:** se debe realizar con baciloscopias y cultivos mensuales. Adicionalmente, se debe evaluar la evolución clínica y radiológica.
2. **Monitoreo de la seguridad del tratamiento:** requiere de la observación clínica y exámenes auxiliares periódicos. Se debe realizar el monitoreo estricto de efectos adversos a medicamentos (RAM), siguiendo el plan de monitoreo de tratamiento (Tabla 12A)



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA

3. **Evaluación médica periódica:** Debe ser realizado por el médico tratante de la UNET, mensualmente en la fase intensiva y al menos cada 03 meses en la fase de continuación, según lo requiera la condición de la PAT durante esta fase.

El médico del EESS debe evaluar a la PAT mensualmente en la fase de continuación.

4. **Evaluación multidisciplinaria:** Todo paciente con TB XDR además del manejo clínico, recibe soporte nutricional, planificación familiar, psicológica y social; así como el manejo de complicaciones de la enfermedad o asociada al tratamiento y comorbilidades.

Todos los casos de gestación y con comorbilidad: VIH/SIDA, diabetes, neoplasias, falla renal, insuficiencia hepática, psiquiátricos, cardíacas, entre otros, deben ser manejados en conjunto con el especialista correspondiente y siguiendo las recomendaciones de estos a través de interconsultas, garantizando la atención diferenciada de las PATs en la UNET.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.31
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 352-2018/MINSA

Tabla 12A Plan de monitoreo de tratamiento para la TB XDR

Procedimientos	Basal	Tiempo de tratamiento															
		15	30	45	2	3	4	5	6	9	12	15	18	21	24		
		Días			Meses												
Evaluación médica*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Hemograma completo	X	X	X	X	X	X			X		X		X		X		
Perfil de coagulación	X	X	X	X		X			X		X		X				
Glicemia en ayunas	X	X	X	X		X			X		X		X				
Urea, Creatinina	X	X	X	X		X			X	X	X		X			X	
Perfil hepático	X	X	X	X		X			X	X	X		X			X	
Electrolitos (Na, K, Cl, Ca, Mg)	X	X	X	X		X			X		X		X				
Examen completo de orina	X	Según indicación de médico consultor															
Parasitológico seriado	X	Según indicación de médico consultor															
TSH ultrasensible	X	Según indicación de médico consultor															
Prueba rápida o ELISA para VIH 1-2, VHB y VHC, HTLV-1	X								X		X		X			X	
Prueba de embarazo: Beta HCG (mujeres en edad fértil)	X								X		X		X			X	
Radiografía de tórax	X		X			X			X		X		X	X	X	X	
Tomografía	X															X	
Baciloscopia (BK)*	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cultivo de control*	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluación por enfermería UNET	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluación por servicio social	X																
Evaluación por psicología	X					X			X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluación psiquiátrica	X		X			X			X		X		X				
Evaluación por cardiología	X	X	X	X	X	X			X		X		X				
Electrocardiograma	X	X	X	X	X	X			X		X		X				
Audiometría (si esquema incluye inyectables 2ª línea)	X					X			X		X		X				
Evaluación oftalmológica (agudeza visual y visión de colores)	X		X			X			X	X	X		X				
Consejería nutricional	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X			X	
Control por planificación familiar para inicio de anticoncepción y seguimiento.	X					X			X		X		X			X	
Control de peso mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

* Incluye: Prueba de sensibilidad; monitoreo y notificación de sospecha de RAM; descripción de imagen (Rx y/o TEM); evaluación de neuropatía periférica (reflejos aquilanos y sensibilidad de vibración periférica – Martillo C/Plumilla).

Según el núcleo básico el monitoreo incluye:

a. Monitoreo del Esquema para TB XDR con Núcleo Básico Endovenoso:

a.1 Fase intensiva

Monitoreo del tratamiento en hospitalización:

Durante hospitalización se debe realizar:



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MIMS/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752-2018/MINSA

- Manejo de las complicaciones de la tuberculosis y estabilización de comorbilidades.
- Facilitar la administración por vía endovenosa del Carbapenem y colocación de catéter venoso central de larga duración.
- Cirugía adyuvante, de ser el caso.
- Vigilar, controlar y notificar posibles reacciones adversas a medicamentos.
- Registrar en el Formulario de Notificación de reacción adversa a medicamentos antituberculosos. (Anexo N° 10).

En el caso de regiones que no cuentan con servicio de atención especializada de tuberculosis o UNET, se debe realizar la referencia a la región con capacidad resolutive más cercana a través del sistema nacional de referencia y contrarreferencia.

Manejo del catéter venoso central de larga duración:

- La colocación del catéter central al paciente se debe realizar dentro de los 30 días calendario de haber iniciado tratamiento.
- Los catéteres endovenosos de larga duración de tipo PORT se deben retirar un (01) año posterior al término del tratamiento, siendo responsabilidad de la UNET en coordinación con el EESS, el mantenimiento y supervisión (cada 2 meses) del catéter durante este periodo.
- Los catéteres endovenosos de larga duración de otros tipos se deben retirar al finalizar el uso del inyectable endovenoso.

Procedimientos de alta hospitalaria:

El alta hospitalaria es definida por el médico tratante de la UNET hospitalaria teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Criterios del paciente:

- a. Que tolere el tratamiento o se hayan controlado las RAM.
- b. Que se encuentre clínicamente estable, Karnofski >50.
- c. Hospitalización de al menos 02 meses.
- d. Reducción de contagiosidad demostrada con por lo menos 02 Bk consecutivos negativos (ideal cultivo de control mensual negativo).

2. Criterios del personal DOT:

- a. Personal de enfermería entrenado en el manejo de TB XDR ambulatorio, uso de vías endovenosas de larga duración, reconocimiento de RAM.
- b. Por lo menos 02 enfermeros por cada caso TB XDR con tratamiento endovenoso en domicilio (que aseguren la administración EV cada 12 horas, de lunes a sábado, por 6 a 12 meses).
- c. El personal cuenta con implementos (respirador N95, mandil) y cumple con medidas de control de infección en TB.

3. Criterios de insumos y medicamentos

- a. Contar con insumos y medicamentos en manejo ambulatorio.



4. Criterios del ambiente extra hospitalario (Domicilio acondicionado, residencia o albergue)

- a. Dormitorio unipersonal que cuente con: un mueble para el almacenamiento de insumos, soporte para frasco, una cama individual y con servicios higiénicos.
- b. Adecuada ventilación e iluminación.

Asimismo, se debe cumplir con lo siguiente:

- El profesional de enfermería de la UNET debe coordinar con el EESS la visita domiciliaria previa, para la verificación de las condiciones del domicilio de la PAT.
- El equipo encargado de realizar la visita domiciliaria incluye: personal del EESS y personal encargado de administrar el tratamiento en domicilio.
- Al momento de la visita domiciliaria, el EESS levanta un acta detallando las condiciones de la vivienda, una copia del acta debe ser entregada a la UNET.
- El profesional de enfermería de la UNET es el responsable de coordinar la entrega de medicamentos e insumos para la administración de tratamiento de la PAT.
- Al momento del alta hospitalaria se debe contar con la presencia del personal del EESS y familiar del paciente.
- El profesional de enfermería de la UNET debe entregar al personal del EESS dos copias de la tarjeta de tratamiento: una copia para el personal del EESS y otra copia para el domicilio del paciente, así como el cronograma de evaluaciones médicas del paciente en la UNET.

Monitoreo del tratamiento ambulatorio (post alta hospitalaria):

El tratamiento para la TB XDR, fase intensiva, debe continuar luego del alta hospitalaria, supervisado por el profesional de enfermería del EESS cercano al domicilio de la PAT.

El EESS es el responsable de:

- a. La toma, seguimiento, monitoreo y traslado de muestras al laboratorio para los controles bacteriológicos mensuales.
- b. Garantizar que se cumpla con la evaluación mensual y/o trimestral de la PAT, y el de acompañarla a dichas evaluaciones.
- c. Realizar visitas domiciliarias periódicas y de la eliminación de los residuos sanitarios que se generan durante la administración del tratamiento.



a.2 Fase de continuación

La administración del tratamiento se realiza en el servicio de prevención y control de la TB del EESS o en el domicilio según sea la condición de cada PAT.

b. Monitoreo del Esquema para TB XDR con Núcleo Básico Oral:

b.1 Fase intensiva



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752, -2018/MINSA

El tratamiento de la PAT se inicia en la UNET hospitalaria, luego continúa en el domicilio siendo supervisado en boca por un personal de enfermería de campo capacitado y monitoreado por el EESS.

El seguimiento médico inicial se realiza por el médico tratante de la UNET cada 15 días durante las primeras 08 semanas y mensual hasta el término de la fase intensiva.

b.2 Fase de continuación

La administración de tratamiento de la PAT es responsabilidad del EESS y se debe realizar en el servicio de prevención y control de la TB del EESS o domicilio según sea la condición de cada paciente.

A.7 Evaluación por el CRER/CER/CNER y reporte a la DPCTB

El expediente para evaluación por el CRER/CER/CNER debe contener la documentación requerida según lista de chequeo para la presentación de expedientes al CRER/CER/CNER (Anexo N° 24) de la presente norma técnica de salud.

La documentación necesaria para la presentación de expedientes al CRER/CER para cambio de denominación y/o reevaluación de caso, debe incluir:

- Receta Única Estandarizada propuesta por el médico consultor o Neumólogo
- Acta CRER o CER de DIRIS/DIRESA/GERESA
- Resumen de historia clínica del paciente con TB resistente (Anexo N° 17)
- Resultado P.S. Convencional de primera y segunda línea
- Copia Tarjeta de tratamiento actualizado con último peso, Bk, Cultivos y estudio de contactos (Anexo N° 7).
- Evaluaciones trimestrales pendientes (Anexo N° 19).
- Informe de Evolución de Enfermería.
- Análisis de laboratorio (según criterio del médico consultor)
- Placas radiográficas y/o tomografías actuales rotuladas (no mayor de 3 meses).

El expediente debe ser remitido al CRER/CER en un plazo no mayor a 14 días calendario de haber sido publicado el resultado de la prueba de sensibilidad con patrones de resistencia en el Netlab, bajo responsabilidad del EESS.

La coordinación de los servicios de prevención y control de la TB de la Dirección de Redes Integradas (DIRIS), de la DIRESA/GERESA o quien haga sus veces realiza el control de calidad de los expedientes previo a la evaluación por el CRER/CER, luego los refiere a la DPCTB en un plazo no mayor a 07 días posteriores a la evaluación del CER/CRER, bajo responsabilidad del coordinador de los servicios de prevención y control de la TB en DIRIS/DIRESA/GERESA o quien haga sus veces.

El CRER/CER emite el acta correspondiente y la posología definitiva de medicamentos de segunda línea.

Los casos de TB XDR confirmados son evaluados directamente por el CNER, los expedientes son elaborados por el EESS de acuerdo a lo establecido en la lista de chequeo para la presentación de expedientes al CRER/CER/CNER (Anexo N° 24), para lo cual la coordinación de los servicios de prevención y control de la tuberculosis en DIRIS/DIRESA/GERESA o quien haga sus veces realiza el control de calidad y los refiere a la DPCTB, enviando una copia al CRER/CER para conocimiento.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 184 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS,
APROBADA POR R.N. N° 752 - 2018/MINSA

En la Tabla 13 se presenta el resumen de la indicación y el tiempo de inicio de los esquemas de tratamiento para la TB sensible y para la TB resistente.

Tabla 13: Indicación y el tiempo de inicio de tratamiento de los esquemas antituberculosos

Esquema para:	Indicación	Tiempo de inicio del tratamiento
TB sensible	Médico tratante del EESS	Dentro de las 24 horas del diagnóstico de TB
TB resistente*: - Estandarizado - Empírico - Acortado - Individualizado	Médico consultor de Micromad (Red u hospital)	Menor a 14 días desde el diagnóstico de TB resistente
TB XDR	Médico tratante de la UNET hospitalaria	Menor a 14 días desde el diagnóstico de TB XDR
Esquemas modificados	Médico consultor	Menor a 14 días desde la ocurrencia de la condición especial.

* En casos complejos el médico consultor puede derivar al CRER/CER/CNER la decisión terapéutica y el tiempo de inicio máximo es de 14 días.

A.8. Condición de egreso del tratamiento antituberculosis

La condición operativa del resultado del tratamiento antituberculosis (condición de egreso) se describe en las definiciones operativas consignadas en la presente norma técnica de salud.

El médico tratante del EESS es el responsable de establecer la condición de egreso de los pacientes con esquema para TB sensible.

El médico consultor es el responsable de establecer la condición de egreso de los pacientes con TB resistente.

El alta del tratamiento para la TB XDR debe ser propuesta por el médico tratante de la UNET y revisada por el CNER debiéndose presentar el caso a partir del 18° mes de tratamiento, teniendo en consideración lo siguiente:

- Se debe presentar el caso al CNER a inicios del último trimestre de tratamiento programado.
- El CNER debe definir la condición de egreso, incluyendo la terminación anticipada o prolongación del tratamiento (mayor a 24 meses).
- No debe suspenderse el tratamiento hasta contar con el acta del CNER y sus recomendaciones.

La condición de egreso de todos los casos de tuberculosis debe ser consignada en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera y segunda línea, según corresponda, así como en la tarjeta de control de tratamiento para medicamentos de primera y segunda línea, según corresponda (Anexos N° 4, 5, 6 y 7).

La notificación de egreso de los casos de TB resistente debe remitirse a la Unidad Técnica de la DPCTB en el formato de notificación inmediata del tratamiento con medicamentos de segunda línea (Anexo N° 18) dentro de las 72 horas de ocurrido el evento.

El fallecimiento de una PAT durante el tratamiento antituberculosis debe ser notificado a la RED, DIRIS, DIRESA, GERESA o quien haga sus veces, mediante



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA

el formato de notificación de pacientes fallecidos con tuberculosis (Anexo N°11) dentro de las 72 horas de ocurrido el evento.

El responsable o coordinador de los servicios de prevención y control de la TB en DIRIS/DIRESA/GERESA o quien haga sus veces, a través de la oficina correspondiente debe remitir trimestralmente a la DPCTB los formatos de notificación correspondientes de pacientes fallecidos con tuberculosis.

Los pacientes con TB XDR que egresaron del tratamiento (curados o tratamiento completo) deben tener un seguimiento periódico post – alta por:

- Médico tratante de la UNET cada 3 meses durante 2 años.
- Cultivo de esputo mensual por 6 meses y posteriormente cada 3 meses hasta completar 2 años.

A.9 Manejo quirúrgico de la tuberculosis

La evaluación por cirugía de tórax está indicada en las siguientes situaciones:

- Caso documentado con un complejo perfil de resistencia (TB MDR/XDR) y con lesiones extirpables.
- En pacientes con TB resistente con criterios o riesgo de fracaso (cirugía de rescate).
- En pacientes con complicaciones o secuelas de la tuberculosis.

H. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSIS (RAM)

H.1 Reacción adversa a medicamentos antituberculosos (RAM)

Las RAM comunes se resumen en la Tabla 15 de la presente norma técnica de salud.

Tabla 15: Reacciones adversas de medicamento antituberculosis

Medicamentos de primera línea	Reacciones adversas
Isoniacida	Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas.
Rifampicina	Incremento de transaminasas, elevación transitoria de bilirubinas, hepatitis colestásica, anorexia, síntomas gastrointestinales (náuseas vómitos), reacciones cutáneas.
Pirazinamida	Hepatitis, síntomas gastrointestinales, poliartralgias, mialgias, hiperuricemia, reacciones cutáneas.
Etambutol	Neuritis retro bulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas.
Estreptomina	Toxicidad vestibular – coclear y renal dependiente de dosis.
Medicamentos de Segunda Línea	Reacciones adversas
Cicloserina	Cefalea, insomnio, cambio de conducta, irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones, vértigo.
Etconamida	Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo.
Aminoglucósido (Amikacina, Kanamicina), Capreomicina	Dolor en sitio de inyección, hipokalemia e hipomagnesemia, nefrotoxicidad, ototoxicidad vestibular y coclear, parestesias.



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 184 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 352 - 2018/MINSA

Ácido p-amino salicílico	Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor abdominal), hepatitis, hipotiroidismo, síndrome de malabsorción.
Fluoroquinolonas	Generalmente bien tolerados, artralgias, mialgias, síntomas gastrointestinales, prolongación del intervalo QT (Moxifloxacin).
Medicamentos para TB XDR	Reacciones adversas
Bedaquilina	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, artralgias, cefalea, prolongación de intervalo QT, hiperuricemia, elevación de transaminasas.
Clofazimina	Coloración oscura de piel, mucosas, y fluidos corporales; sequedad de piel, ictericia, prurito, xerosis, fotosensibilidad, obstrucción y sangrado intestinal, prolongación de intervalo QT.
Delamanid	Náuseas, vómitos, prolongación de intervalo QT.
Linezolid	Mielosupresión, anemia, leucopenia, plaquetopenia, diarrea, vómitos, neuritis óptica, neuropatía periférica, acidosis láctica.
Carbapenem (Imipenem/Cilastatina, Meropenem)	Diarrea, náusea, vómitos, convulsiones (con infección de SNC), palpitaciones, colitis pseudomembranosa.
Thioridazina	Somnolencia, visión borrosa, movimientos extrapiramidales, acatisia, fotosensibilidad, dolor abdominal, náuseas, vómitos, prolongación de intervalo QT.

H.2 Reto y desensibilización en RAM

Identificar el medicamento que produjo la RAM, para lo cual se debe reintroducir la terapia mediante un reto (agregar progresivamente dosis de cada medicamento) para rescatar el máximo número de fármacos de primera línea.

El manejo es hospitalario con monitoreo estricto (clínico y laboratorio).

Iniciar el reto con el medicamento menos probable de la RAM por 3 días, si no presentara reacciones adversas, se debe agregar el siguiente medicamento por 3 días más y así sucesivamente hasta conseguir un esquema apropiado, como se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16: Protocolo para el reto de medicamentos de primera línea

Medicamento	Dosis día 1	Dosis día 2	Dosis día 3
Isoniacida	50 mg	100 mg	300 mg
Rifampicina	75 mg	150 mg	450 – 600 mg
Pirazinamida	250 mg	500 mg	Dosis plenas
Etambutol	100 mg	400 mg	Dosis plenas

El reto debe estar registrado en la tarjeta de tratamiento, bajo la denominación de "Esquema Modificado por RAM".

El reto está contraindicado en las siguientes situaciones: shock, insuficiencia renal aguda, hemólisis, trombocitopenia, agranulocitosis, neuritis óptica retrobulbar, trastornos auditivos y vestibulares, falla cutánea aguda (Stevens-Johnson), Síndrome DRESS (fiebre, exantema y eosinofilia).



H.3 Interacciones medicamentosas

En todo afectado con TB debe evaluarse la eventual aparición de interacciones medicamentosas con otro tipo de fármacos. Las interacciones más frecuentes se muestran en la Tabla 17.

Tabla 17: Principales interacciones con los medicamentos antituberculosis

Medicamento antituberculosis	Agente interactuante	Efecto	Recomendación
Isoniacida	Antácidos que contengan aluminio	Menor absorción de isoniacida	Evitar antiácidos, o dar la isoniacida 2 h antes o 4 h después del antiácido
	Antiepilépticos: Carbamazepina, Fenitoína	Inhibición del metabolismo hepático de antiepilépticos	Monitorear niveles séricos
	Antipsicóticos: Haloperidol	Posible incremento de niveles plasmáticos del haloperidol	Ajustar dosis si fuera necesario
	Ansiolíticos e hipnóticos	Efecto prolongado de efectos ansiolíticos e hipnóticos	Disminuir dosis si fuera necesario
	Antimicóticos: Ketoconazol	Disminución de niveles sanguíneos de antimicóticos	No hay problemas con Fluconazol
Rifampicina	Anticonceptivos orales	Menor efecto anticonceptivo	Anticoncepción hormonal de depósito trimestral (reducir intervalo a 8-10 semanas) al menos hasta 1 mes luego del uso de Rifampicina y utilización de un método de barrera
	Warfarina	Anticoagulación sub-terapéutica	Monitoreo semanal, aumento de dosis de Warfarina o cambio a heparina de bajo peso molecular
	Corticosteroides	Marcada disminución de niveles séricos de Corticosteroides	Incremento de dosis hasta el doble de dosis usual
	Antiaritmicos, antimicóticos,	Reducción de niveles de Antiaritmicos y antimicóticos. Disminución de niveles de Rifampicina.	Evitar su uso
	Antirretrovirales tipo inhibidores de proteasa e inhibidores no nucleósidos	Disminución de su actividad antirretroviral y de la Rifampicina.	Ajustar dosis de Efavirenz o utilizar antirretrovirales tipo inhibidores nucleósidos. Evitar el uso de inhibidores de proteasas
	Corticosteroides	Marcada reducción en niveles esteroideos	Incrementar la dosis
	Ansiolíticos e hipnóticos	Pueden reducirse niveles de ansiolíticos e hipnóticos	Puede requerirse incremento de dosis



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSADGSP Y/31
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 352 - 2018/MINSA

	Fenitoína	Marcada disminución del efecto antiepiléptico, especialmente en acelladores rápidos	El uso concomitante de H contrarresta el efecto de R
	Antidiabéticos orales,	Reducción de niveles séricos de antidiabéticos orales	Monitorear el control metabólico de la DM
Etambulol	No interacciones relevantes		
Pirazinamida	Alopurinol	Incremento de ácido úrico	Uso de Colchicina
Fluoroquinolonas	Antácidos que contengan aluminio, calcio y magnesio, sucralfato	Reducida absorción de fluoroquinolonas	Evitar antiácidos, o dar la fluoroquinolona 2 h antes o 4 h después del antiácido
	Warfarina	Prolongación del tiempo de protrombina	Monitorear anticoagulación
	Hierro y zinc	Reducida absorción de fluoroquinolonas	Evitar antiácidos, o dar la fluoroquinolona 2 h antes o 4 h después del Fe o Zn
Linezolid	Inhibidores de monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos, litio, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.	Síndrome serotoninérgico	Evitar su uso
Delamanid	Inductores fuertes de citocromo CYP3A (carbamazepina, Fenitoína, rifampicina)	Reducción del nivel sérico	Evitar su uso
	Inhibidores fuertes de citocromo CYP3A (antimicóticos azoles, inhibidores de proteasas)	Incremento de nivel sérico	Monitoreo frecuente de EKG
	Moxifloxacino, Bedaquilina, Thioridazina, Ondansetron.	Prolongación intervalo QT	Evitar su uso
Bedaquilina	Inductores fuertes de citocromo CYP3A (Efavirenz, Carbamazepina, Fenitoína, Rifampicina)	Reducción del nivel sérico	Evitar su uso
	Inhibidores fuertes de citocromo CYP3A: antimicóticos azoles, inhibidores de proteasas, macrólidos	Incremento de nivel sérico	Considerar riesgo beneficio Monitoreo constante de EKG



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 315-2018/MINSA

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 16: Formato de Consentimiento Informado de Aceptación del Tratamiento Antituberculosis.
- Anexo N° 16A: Formato de Consentimiento Informado de Aceptación de Tratamiento en Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR).
- Anexo N° 22: Posología de dosis fijas combinadas (DFC).
- Anexo N° 23: Formato de Revocatoria del Consentimiento Informado de Aceptación de Tratamiento en Tuberculosis.
- Anexo N° 24: Lista de chequeo para la presentación de expedientes al CRER/CER/CNER.



**MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 752 - 2018/MINSA**

**ANEXO N° 16: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS**

Yo, _____, identificado(a) con D.N.I. N° _____,
domiciliado(a) en _____,
declaro voluntariamente mi aceptación para recibir el tratamiento para tuberculosis y haber sido
informado(a) por el Médico _____ del Establecimiento de Salud
_____ de la DIRIS/DIRESA/GERESA _____

sobre la de las posibilidades de curación o fracaso a este tratamiento y de la necesidad de cumplir
estrictamente con las indicaciones médicas y del personal del establecimiento. Declaro también
haber sido informado de las reacciones adversas que pudieran presentarse con los
medicamentos que a continuación se señalan: (Marcar con x/si donde corresponda)

RIFAMPICINA	()	ISONIACIDA	()
PIRAZINAMIDA	()	ETAMBUTOL	()
ESTREPTOMICINA	()	KANAMICINA	()
AMIKACINA	()	CAPREOMICINA	()
LEVOFLOXACINA	()	MOXIFLOXACINA	()
ETIONAMIDA	()	CICLOSERINA	()
PAS	()	AMOXICILINA/CLAVULÁNICO	()
IMIPENEM/CILASTATINA	()	LINEZOLID	()
TIORIDAZINA	()	CLOFAZIMINA	()
BEDAQUILINA	()	DELAMANID	()
OTROS	()	Especificar: _____	

Correspondiente al esquema de tratamiento: PARA TB SENSIBLE ☐ TB MDR: ☐

ESTANDARIZADO ☐ EMPIRICO ☐ ACORTADO ☐ INDIVIDUALIZADO ☐
APOYO POR RAM ☐ Otro: _____ ☐

Manifiesto mi conformidad para recibirlo en forma regular (sin inasistencias, ni abandono),
totalmente supervisado por el personal del Establecimiento y con estricto cumplimiento de las
normas del Ministerio de Salud. También me comprometo a facilitar el examen de mis contactos.

Exceptúo de responsabilidad médico legal al médico tratante y al Ministerio de Salud si se
presentase evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento.

En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

Huella digital

FIRMA DEL PACIENTE

DNI: _____

FIRMA DE TESTIGO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI N°: _____ **Teléfono:** _____

DOMICILIO: _____

En caso de menores de edad, el padre o tutor es quien firma el consentimiento informado.

FECHA: _____



ANEXO N° 16A: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS EXTENSAMENTE RESISTENTE (TB XDR).

Yo, _____, identificado(a) con DNI ()
CE () otro () N° _____, en calidad de: Paciente (), Apoderado () del
Sr.(a)(ta) _____;
procedente de: _____ de la jurisdicción del
EESS: _____

- Mediante el presente documento declaro que se me ha explicado sobre la Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR), enfermedad que afecta a mi persona/apoderado (a) y entiendo que hay pocas posibilidades de tratamiento debido a que el microbio causante se ha hecho resistente a varios de los medicamentos disponibles en el mundo. También se me ha informado lo que puede ocurrir si mi persona/apoderado (a) no recibe tratamiento, como el avance de la enfermedad, dañando diferentes partes de mi cuerpo y que puede ocasionar la muerte. Además, la posibilidad de contagiarla por vía respiratoria a otras personas con las que vivo y de la comunidad.
- Existen medicamentos proporcionados en forma gratuita por el Ministerio de Salud, que se utilizan para este tipo de enfermedad, con la posibilidad de curación, con la condición de que los utilice en forma REGULAR, es decir sin faltas y haciéndome/haciendo controles repetidos con estudios de imágenes (Ej.: radiografía) y microbiología (Ej.: BK directo y cultivos), según las indicaciones médicas.
- Si en este tratamiento se utiliza medicamentos por vía endovenosa, acepto que se coloque a mi persona/apoderado (a) un catéter endovenoso de larga duración para facilitar la administración del mismo, cuya permanencia es determinada por el médico tratante.
- Acepto que se realice a mi persona/apoderado (a) una operación quirúrgica, si es necesaria como parte del tratamiento de la tuberculosis.
- Estos medicamentos pueden provocar reacciones adversas o efectos secundarios, por lo que acepto que se realice a mi persona/apoderado(a) exámenes y análisis que ayuden a identificarlos oportunamente.
- Los medicamentos que contiene este tratamiento son:

Amikacina ()	Clofazimina ()	Meropenem ()
Amoxicilina/clavulánico ()	Delamanid ()	Moxifloxacino ()
Bedaquilina ()	Estreptomina ()	PAS ()
Capreomicina ()	Etambutol ()	Pirazinamida ()
Cicloserina ()	Kanamicina ()	Thoridazina ()
Etonamida ()	Levofloxacina ()	Otros () _____
Imipenem/cilastatina ()	Linezolid ()	



7. Manifiesto que entiendo dicha información y que he tenido la oportunidad de preguntar y despejar mis dudas, las cuales fueron aclaradas por el médico informante.



Expreso mi conformidad en que mi persona/apoderado reciba este tratamiento en forma VOLUNTARIA, REGULAR (sin inasistencias, ni abandono), totalmente SUPERVISADO y ADMINISTRADO por el personal de salud y con Estricto CUMPLIMIENTO de las normas del Ministerio de Salud. Asimismo, doy mi conformidad para que mi persona/apoderado (a) sea hospitalizado (a) el tiempo que se requiera y hasta que el médico tratante lo indique.

MODIFICATORIA DE LA NT Nº 104 - MNSA/DGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. Nº 7.52. -2018/MNSA

8. Al ser mi persona/apoderado (a) dado de alta de hospitalización acepto continuar/continúe con el tratamiento, recibir/reciba el tratamiento endovenoso, si todavía está indicado, por el personal designado, facilitarle su trabajo cumpliendo con las medidas de bioseguridad (uso de mascarillas y control ambiental) y seguir las indicaciones del médico tratante. Además, me comprometo a comunicar oportunamente los cambios de domicilio que se realice durante mi/su tratamiento.
10. Me comprometo a que mi persona/apoderado (a) utilice métodos anticonceptivos, si tuviera la posibilidad de gestación y/o procreación durante el tiempo que dure el tratamiento anti TB.
11. Excepto de responsabilidad médico legal al médico tratante, al equipo de salud a cargo de la administración de los medicamentos, dentro del hospital o en domicilio, y al Ministerio de Salud, si se presentase evolución desfavorable o complicaciones derivadas del tratamiento descrito.

En señal de conformidad, firmo este documento de consentimiento informado.

Huella digital

Firma del paciente: _____

DNI del paciente: _____

Firma del apoderado: _____

DNI del apoderado: _____

Firma del testigo: _____

DNI del testigo: _____

Firma y sello del médico informante: _____

DNI del Médico: _____ CMP: _____

Lugar y fecha: _____



MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSU/DOSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 31522 - 2018/MINSA

ANEXO N° 22: POSOLOGÍA DE DOSIS FIJAS COMBINADAS (DFC)

Cuadro N°21: Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente sin VIH

Medicamento	Concentración y presentación farmacológica	Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente sin VIH				Duración de Esquema	DAS EN LOS QUE TOMABA EL MEDICAMENTO POR FASES	
		33-37Kg	38-54 Kg	55-75 Kg	>76Kg		PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
							2(HRZ) Dosis 30 días	4(HRZ) 1113 HRZ por semana 34 días
Rifampicina (comprimido) / Pirazinamida (comprimido)	tableta 150 mg + 750mg/400mg/275mg (DFC)	02	03	04	05	2 meses	X	
Rifampicina (comprimido)	tableta 150mg+150mg (DFC)	02	03	04	05	4 meses		X

Cuadro N°22: Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente con VIH

Medicamento	Concentración y presentación farmacológica	Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente con VIH				Duración de Esquema	DAS EN LOS QUE TOMABA EL MEDICAMENTO POR FASES	
		33-37Kg	38-54 Kg	55-75 Kg	>76Kg		PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
							2(HRZ) Dosis 30 días	7(HR) dosis 175 días
Rifampicina (comprimido) / Pirazinamida (comprimido)	tableta 150 mg + 750mg/400mg/275 mg (DFC)	02	03	04	05	2 meses	X	
Rifampicina (comprimido)	tableta 150mg + 150 mg (DFC)	02	03	04	05	7 meses		X

Cuadro N°23: Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente con TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular

Medicamento	Concentración y presentación farmacológica	Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente con TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular				Duración de Esquema	DAS EN LOS QUE TOMABA EL MEDICAMENTO POR FASES	
		33-37Kg	38-54 Kg	55-75 Kg	>76Kg		PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
							2(HRZ) Dosis 30 días	16(HR) dosis 150 días
Rifampicina (comprimido) / Pirazinamida (comprimido)	tableta 150 mg + 750mg/400mg/275mg (DFC)	02	03	04	05	2 meses	X	
Rifampicina (comprimido)	tableta 150mg/75mg (DFC)	02	03	04	05	16 meses		X

Cuadro N° 04 Pautas generales de uso de las DFC

1. En caso se produzcan reacciones adversas graves, la utilización de las dosis fijas combinadas obliga a suspender el tratamiento completo, por lo cual dichos pacientes deben ser tratados con las presentaciones individuales, en función de la droga que provocó la reacción. Si el tratamiento es interrumpido, la reinstauración del mismo no debería realizarse con combinaciones a dosis fijas, sino en forma de monofármacos asociados para facilitar el ajuste de dosis de rifampicina.
2. Se recuerda el fortalecer con acciones establecidas según norma vigente la farmacovigilancia en el seguimiento de los pacientes en general, incluidos aquellos que inician el tratamiento con dosis fijas combinadas.
3. En general deben utilizarse con precaución en pacientes embarazadas, pacientes con gota, diabetes mellitus, insuficiencia renal moderada y alteraciones convulsivas.
4. Los pacientes con daño hepático previo, insuficiencia renal crónica avanzada o con alergia conocida a alguno de los medicamentos del esquema, no deben usar fármacos en dosis fijas combinadas. Estos pacientes deben ser evaluados por el neumólogo de referencia o médico consultor para la indicación de su tratamiento.



MODIFICATORIA DE LA MTS N° 194 - MINSA/OGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
APROBADA POR R.M. N° 352 - 2018/MINSA

**ANEXO N° 23: FORMATO DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
 ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO EN TUBERCULOSIS**

Yo, _____ en calidad de paciente (),
 apoderado (), padre (), madre () identificado con DNI/CE N° _____, de
 mi _____ apoderado-menor
 hijo(a) _____ identificado(a) con DNI/CE
 N° _____, declaro que a pesar de haber/se recibido la explicación del
 diagnóstico, tratamiento, posibilidades de respuesta al tratamiento, así como los riesgos que
 representa la afección a mi/su salud y las complicaciones e implicancias en la salud pública por
 el riesgo de contagio que pueda/da provocar (marcar con "X"):

- ☐ SE DESISTE A RECIBIR O QUE RECIBA TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS
☐ CONTINUAR HOSPITALIZADO

Por lo cual exonerolexoneramos de toda responsabilidad al médico tratante, al EESS y al
 Ministerio de Salud, asumiendo la responsabilidad legal que esto implica.

Lugar y fecha: _____

_____ Firma	_____ Huella (s) digital (es)
Del paciente/padre y/o madre/apoderado	
Nombres y apellidos del paciente: _____	
DNI/CE N°: _____	

_____ Firma del testigo	_____ Huella digital
Nombres y apellidos: _____	
DNI/CE N°: _____	



**ANEXO N° 24: LISTA DE CHEQUEO PARA LA PRESENTACIÓN DE EXPEDIENTES AL
CRER/CER/CNER**

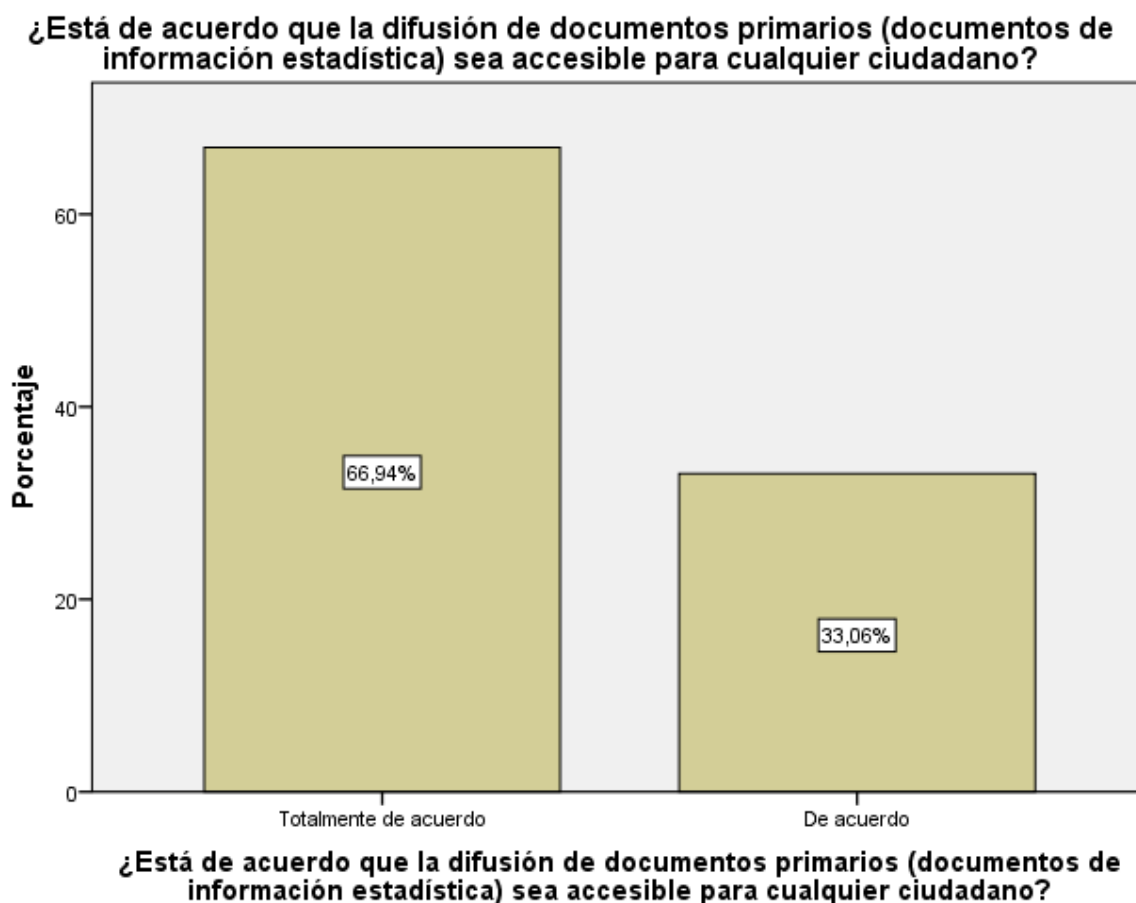
DIRIS/DIRESA/GERESA:	RED:	PESO:
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		TALLA:
APELLIDOS Y NOMBRES:		EDAD:
DNI:	CONFORME	OBSERVAC.
1.- Resumen* de caso elaborado por el médico consultor o acta del CER/CRER/CNER*		
2.- Anexo 17: Resumen de historia clínica del paciente con TB resistente		
3.- Fotocopia de las tarjetas con tratamientos anti TB previos		
4.- Anexo 18: Formato de notificación inmediata del tratamiento con medicamentos de 2da línea (notificación de inicio y/o egreso) **		
5.- Fotocopia de los resultados del BK (tres últimos)		
6.- Fotocopia de resultados cultivos (tres últimos)		
7.- Resultado de las pruebas de sensibilidad		
8.- Serie radiográfica: radiografía y/o tomografía (***)		
9.- Informe psicológico		
10.- Informe de servicio social		
11.- Informe de enfermería sobre los factores de riesgo para la adherencia al tratamiento		
12.- Informe del nutricionista		
13.- I/C Psiquiatría		
14.- Audiometría		
15.- Espirometría (Para casos quirúrgicos)		
15.- Otros (I/C con otras especialidades **, notificaciones e informes de: RAM, reto)		
16.- ANÁLISIS DE LABORATORIO:		
a.- Hemograma completo		
b.- Glucosa, proteínas totales y fraccionadas		
c.- Creatinina y urea		
d.- TGO		
e.- TGP		
f.- Fosfatasa alcalina		
g.- Serología para VIH y hepatitis B		
h.- Beta-HCG sérica		
i.- Electrolitos, TSH (según sea el caso)		
17.- Consentimiento informado y asentimiento informado† (este último según corresponda)		
18.- Documento Nacional de Identidad (DNI)****		
19.- Copia de afiliación SIS, ESSALUD, otros		

(*) En casos de TB XDR: confirmados o en tratamiento, Informe del médico consultor de la UNET para el CNER.
(**) Según lo requiera el caso
(***) Para casos quirúrgicos
(****) Si el paciente es menor de edad adjuntar DNI del paciente y padres o apoderado
† El asentimiento informado: según registro en la historia clínica.



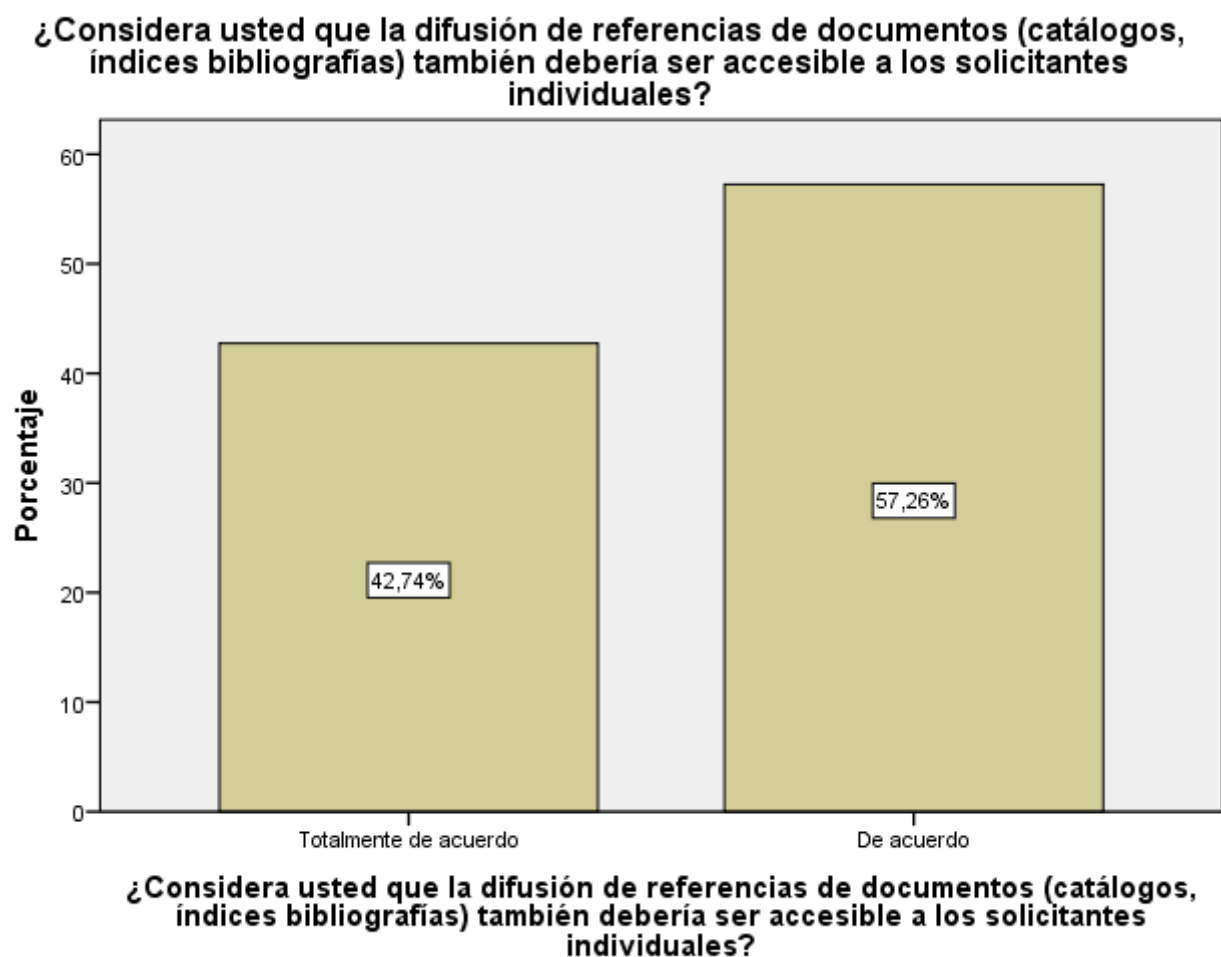
Anexo 6: Encuestas aplicadas

Pregunta 01: ¿Está de acuerdo que la difusión de documentos primarios (documentos de información estadística) sea accesible para cualquier ciudadano?



Interpretación: De la totalidad de encuestados el 66,94% consideran totalmente de acuerdo que la difusión de documentos primarios (documentos de información estadística) sea accesible para cualquier ciudadano, por otro lado también el 33,06 % consideran de acuerdo la difusión de los documentos primarios.

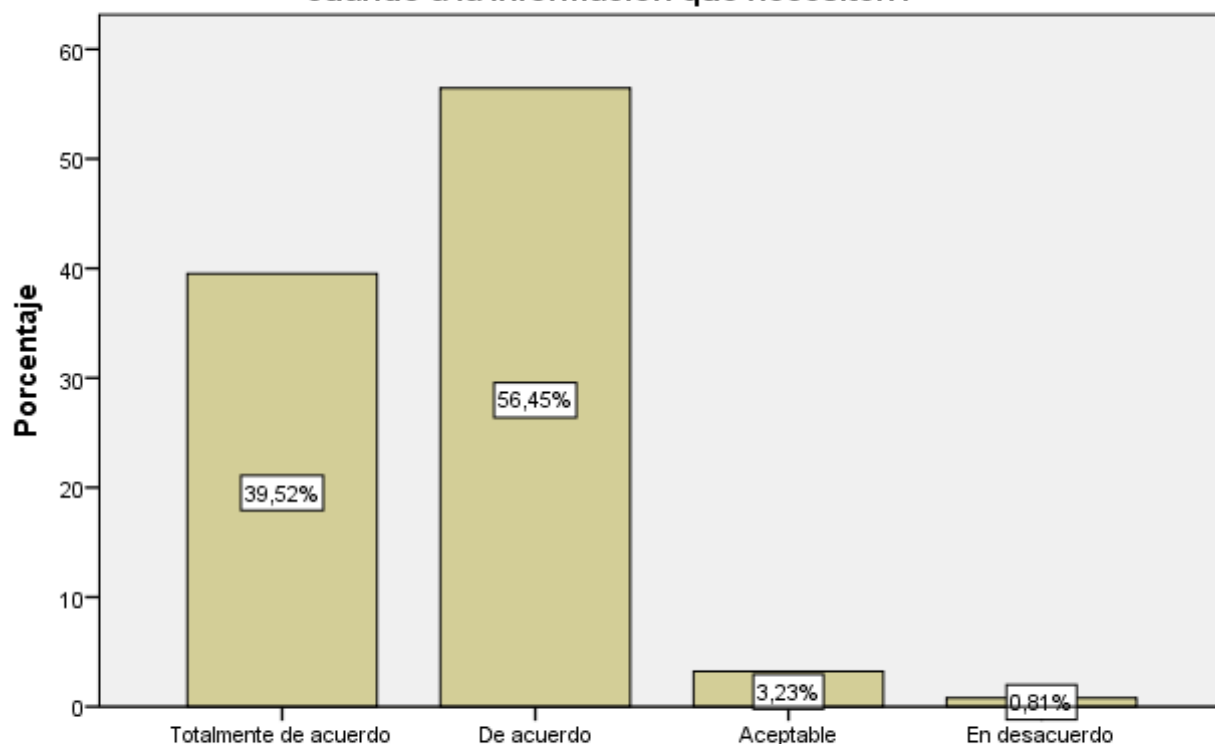
Pregunta 02: ¿Considera usted que la difusión de referencias de documentos (catálogos, índices bibliografías) también debería ser accesible a los solicitantes individuales?



Interpretación: De la totalidad de encuestados el 52,26% está de acuerdo con la difusión de entrega de documentos (catálogos, índices y bibliografías) también sean accesibles a los públicos individuales, mientras que el 42,74 % está totalmente de acuerdo.

Pregunta 03: ¿Está de acuerdo que la difusión de selectiva de información (información a la carta) se encuentre disponible para los usuarios que tienen un mismo interés en cuando a la información que necesitan?

¿Está de acuerdo que la difusión de selectiva de información (información a la carta) se encuentre disponible para los usuarios que tienen un mismo interés en cuando a la información que necesitan?

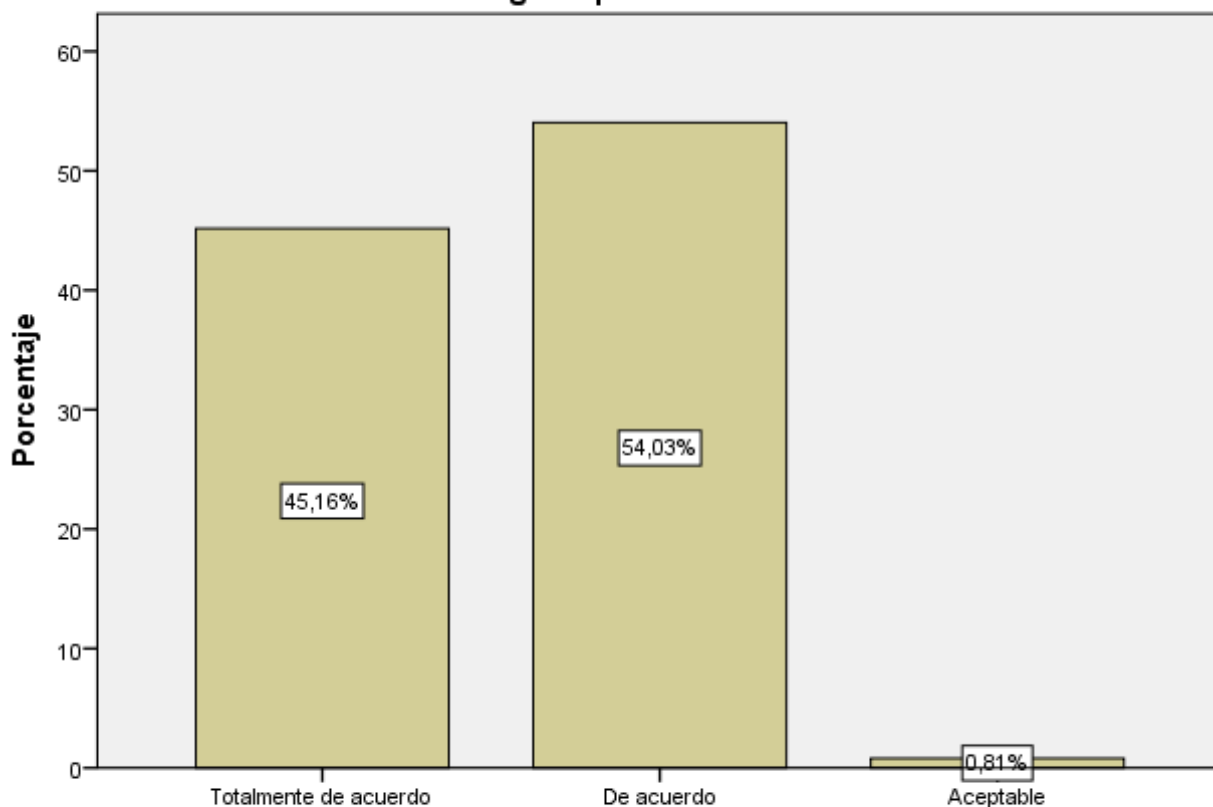


¿Está de acuerdo que la difusión de selectiva de información (información a la carta) se encuentre disponible para los usuarios que tienen un mismo interés en cuando a la información que necesitan?

Interpretación: Del total de encuestados el 56% está de acuerdo que la difusión de selectiva de información se encuentre disponible para los usuarios que tengan un mismo interés en cuando a la información que soliciten, el otro 39,52% está totalmente de acuerdo con la difusión, y el 3,23 no está ni de acuerdo ni desacuerdo, mientras que el 0,81% se encuentra en desacuerdo.

Pregunta 04: ¿Considera usted que el conocimiento de los usuarios solo se da solo cuando necesitan algún tipo de información?

¿Considera usted que el conocimiento de los usuarios solo se da solo cuando necesitan algún tipo de información?

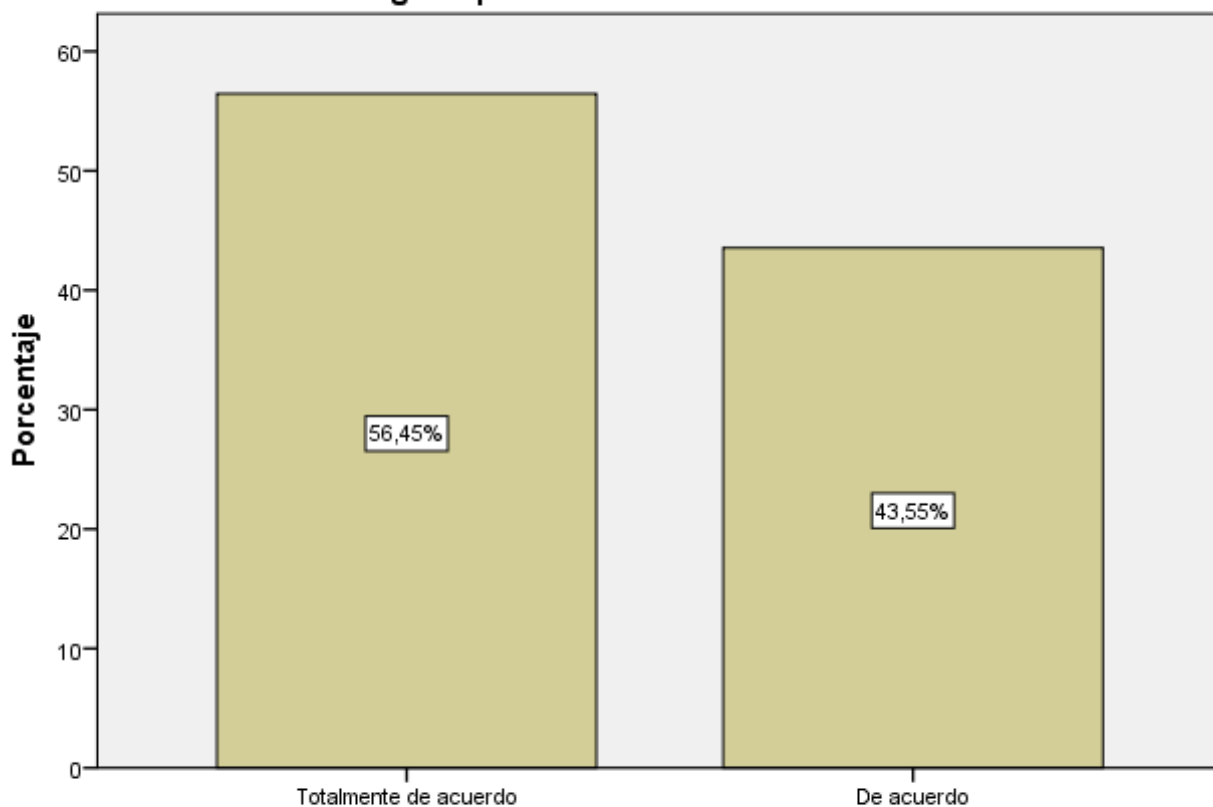


¿Considera usted que el conocimiento de los usuarios solo se da solo cuando necesitan algún tipo de información?

Interpretación: Del total de encuestados el 54,03% esta de acuerdo que el conocimiento de los usuarios solo se da cuando necesitan algún tipo de información, por otro lado el 45,16% está totalmente de acuerdo, y el 0,81 no está ni de acuerdo ni desacuerdo.

Pregunta 05: ¿Considera usted que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo?

¿Considera usted que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo?

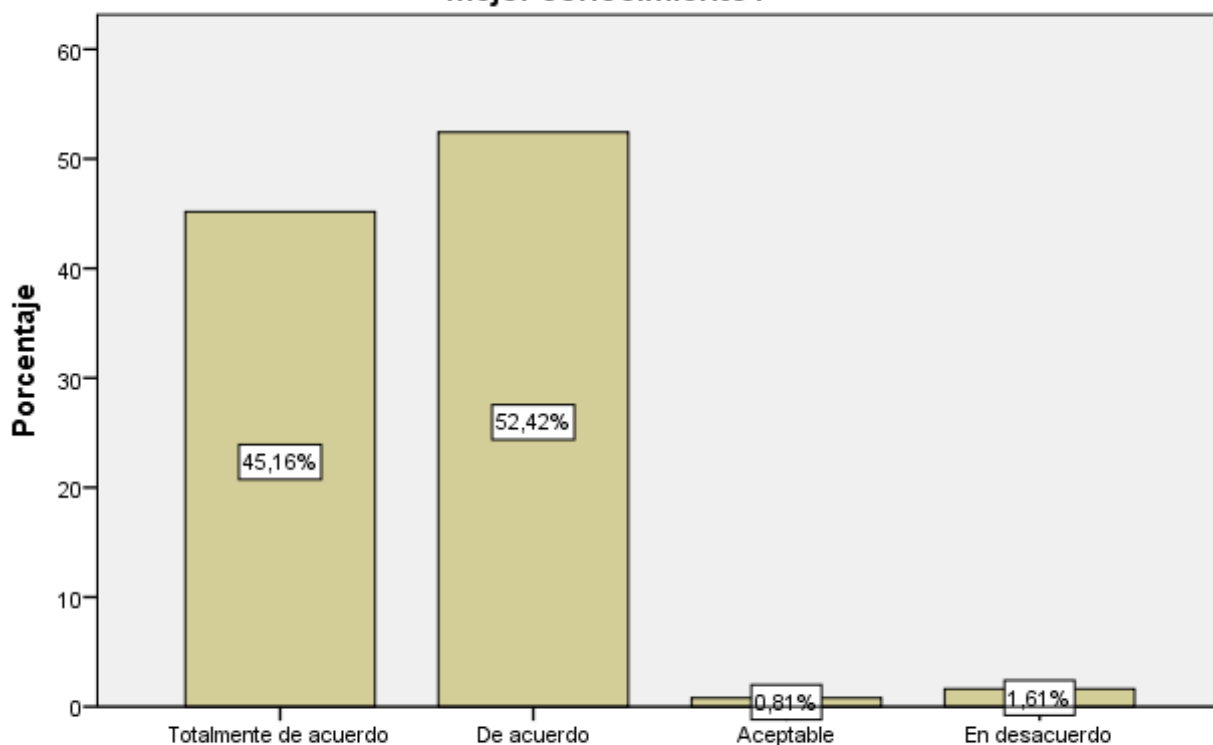


¿Considera usted que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo?

Interpretación: Del total de encuestados el 56,45% está totalmente de acuerdo que el factor económico es indispensable para poder difundir algún tipo de aviso informativo, mientras que el 43,55% está de acuerdo con el factor económico.

Pregunta 06: ¿Está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para la difusión de documentos) de algunas instituciones para su mejor conocimiento?

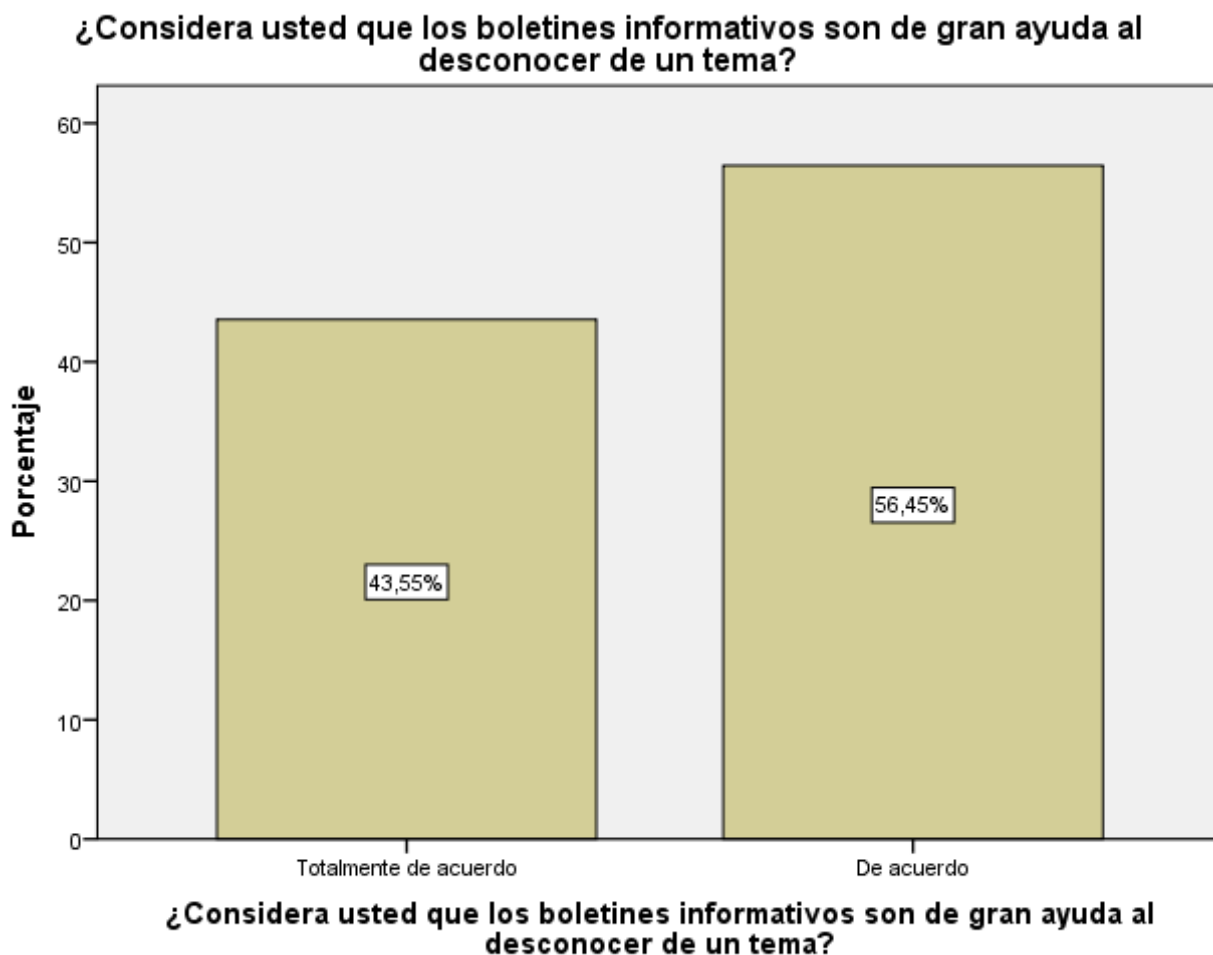
¿Está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para la difusión de documentos) de algunas instituciones para su mejor conocimiento?



¿Está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para la difusión de documentos) de algunas instituciones para su mejor conocimiento?

Interpretación: Del total de encuestados el 52,42% está de acuerdo con el tipo de factor institucional (reglamentos dentro de una institución para una mejor difusión) el otro 45,16% se encuentra totalmente de acuerdo con el factor institucional, el 1,61% se encuentra en desacuerdo y el 0,81% no se encuentra ni de acuerdo ni desacuerdo.

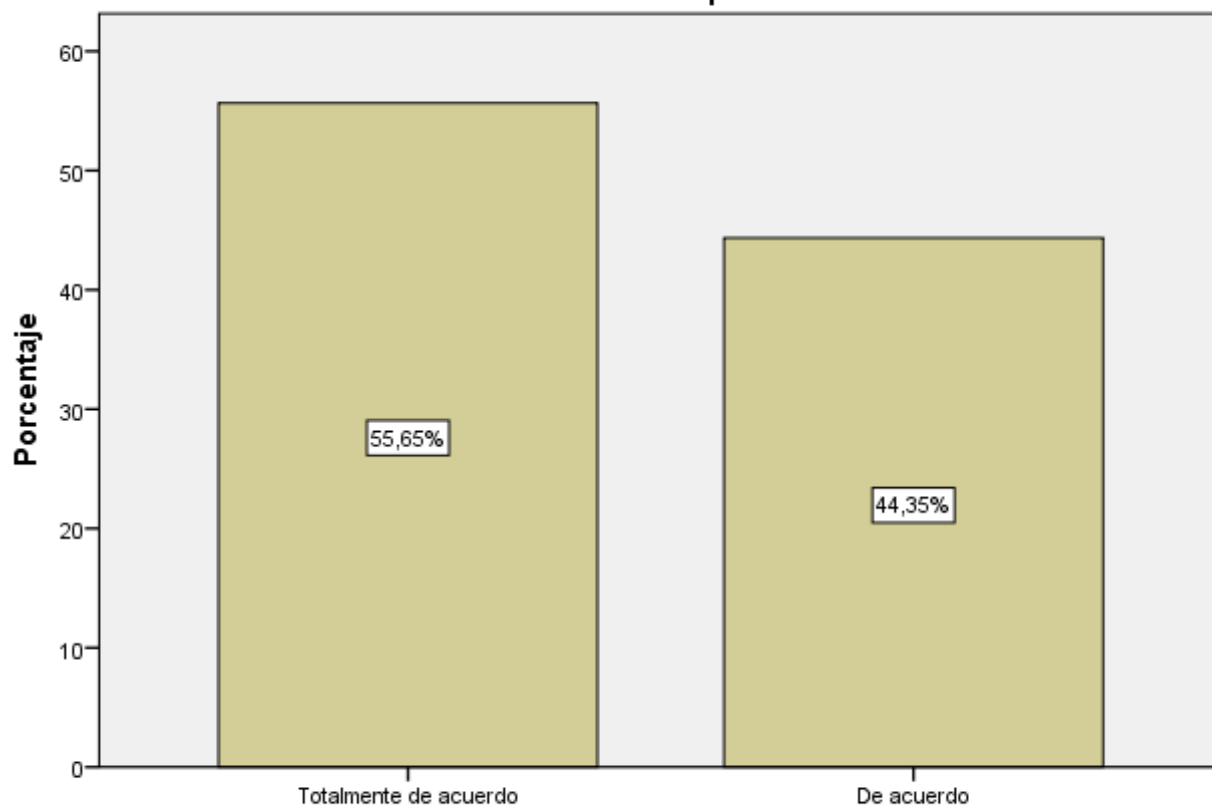
Pregunta 07: ¿Considera usted que los boletines informativos son de gran ayuda al desconocer de un tema?



Interpretación: Del total de encuestados el 56,45% se encuentra de acuerdo que los boletines informativos son de gran ayuda al desconocer de una tema, por otra parte el 43,55% se encuentra totalmente de acuerdo.

Pregunta 08: ¿Considera usted que le es difícil obtener una revista de prensa, para informarse de noticias de interés público?

¿Considera usted que le es difícil obtener una revista de prensa, para informarse de noticias de interés público?

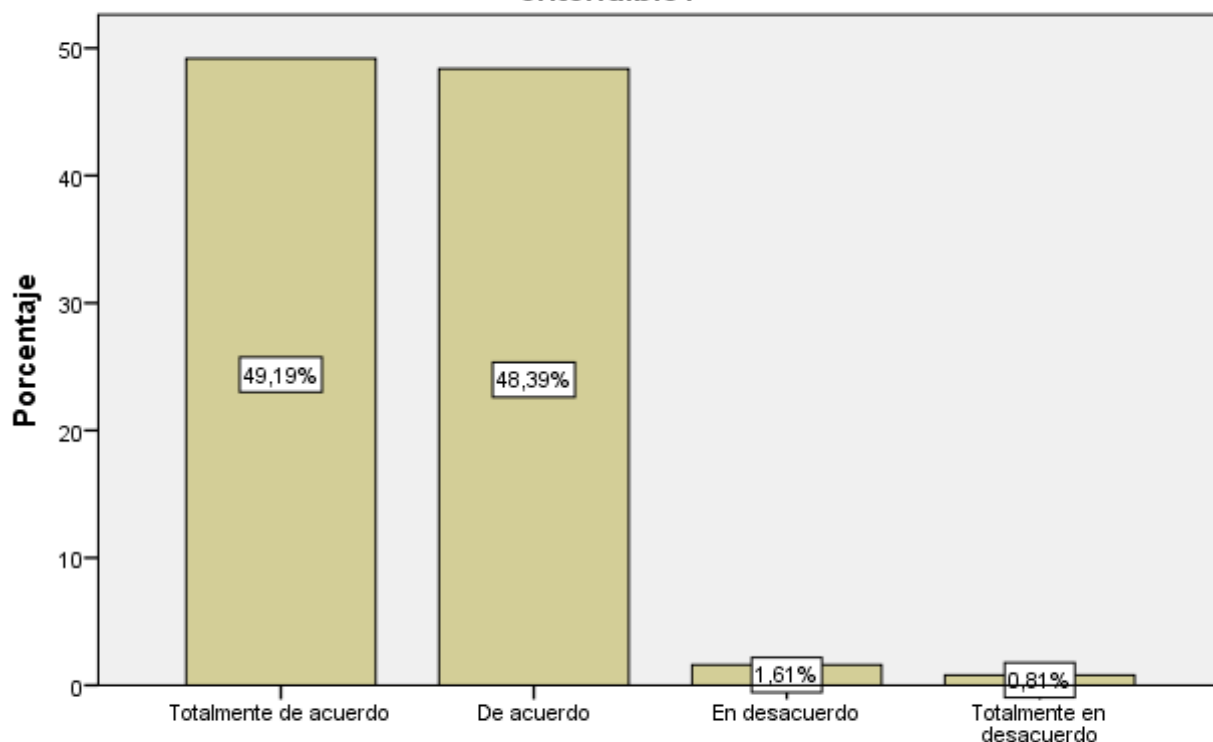


¿Considera usted que le es difícil obtener una revista de prensa, para informarse de noticias de interés público?

Interpretación: Del total de encuestados se puede apreciar que el 55,65% se encuentra totalmente de acuerdo en cuanto a la dificultad de poder obtener una revista de prensa, por otra parte el 44,35% se encuentra de acuerdo con la dificultad de poder obtener una revista de prensa.

Pregunta 09: ¿Cree usted que al agregar recortes y fotocopias al dossier de prensa (documento que contiene toda la información de una institución) se le hace más entendible?

¿Cree usted que al agregar recortes y fotocopias al dossier de prensa (documento que contiene toda la información de una institución) se le hace más entendible?

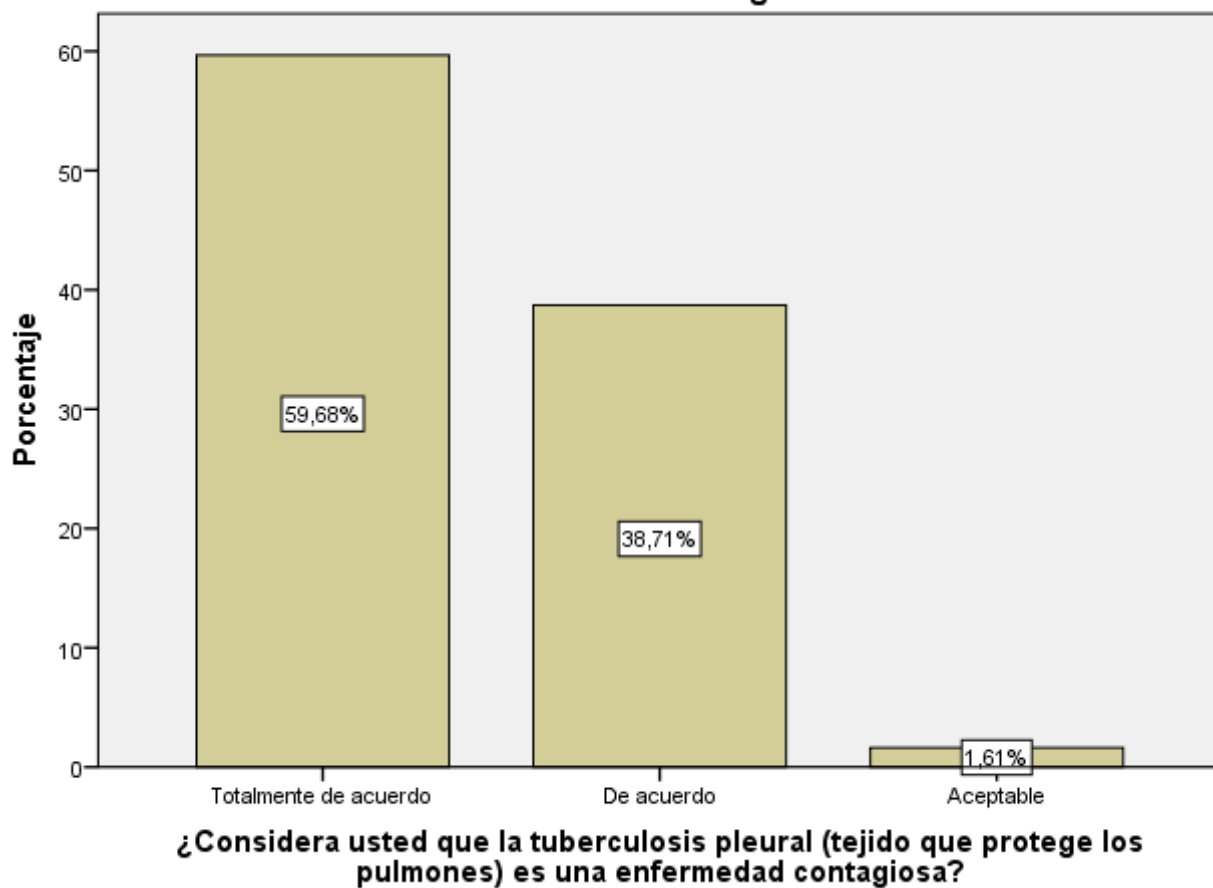


¿Cree usted que al agregar recortes y fotocopias al dossier de prensa (documento que contiene toda la información de una institución) se le hace más entendible?

Interpretación: Del total de encuestados el 49,19% está totalmente de acuerdo que agregar recortes y fotocopias a un dossier de prensa se haría más entendible, el otro 48,39% está de acuerdo, por otra parte el 1,61% se encuentra en desacuerdo y el 0,81% está totalmente en desacuerdo.

Pregunta 10: ¿Considera usted que la tuberculosis pleural (tejido que protege los pulmones) es una enfermedad contagiosa?

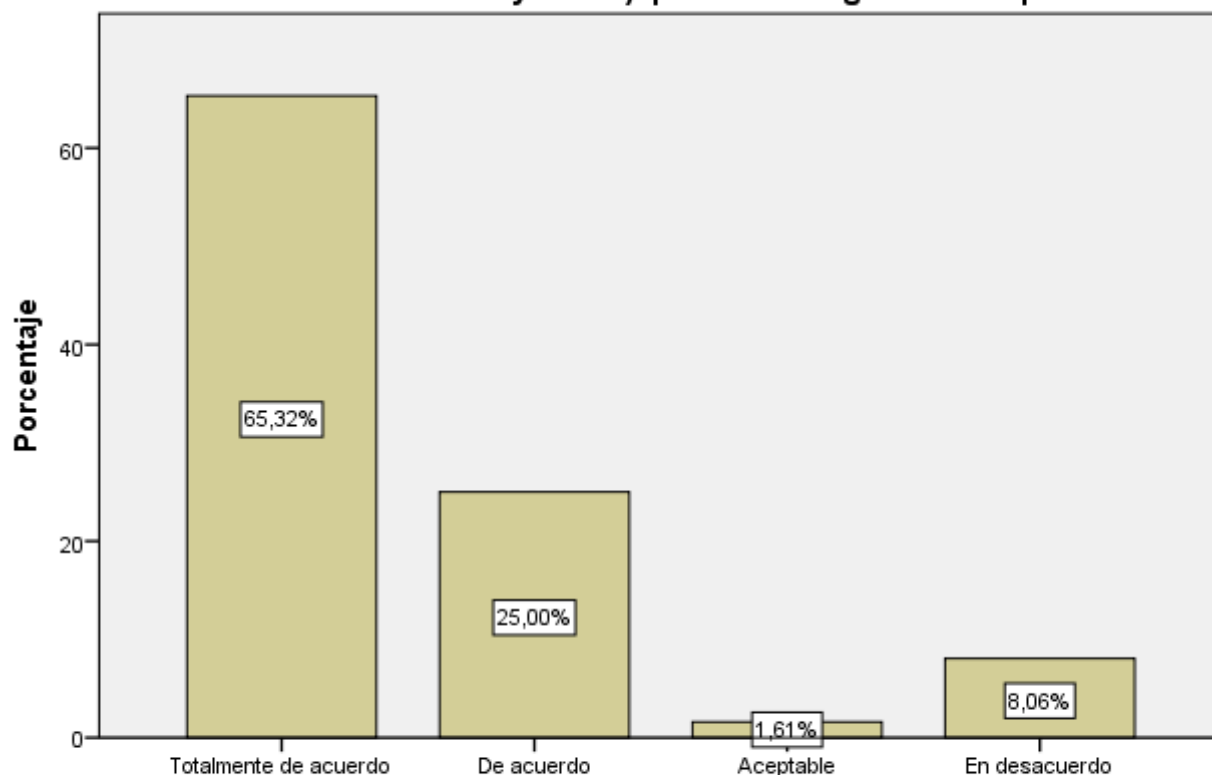
¿Considera usted que la tuberculosis pleural (tejido que protege los pulmones) es una enfermedad contagiosa?



Interpretación: Del total de encuestados el 59,68% está totalmente de acuerdo que la tuberculosis pleural es una enfermedad contagiosa, mientras que el 38,71% también se encuentra de acuerdo, y el 1,61% no está ni de acuerdo ni desacuerdo.

Pregunta 11: ¿Considera usted que al tener la tuberculosis ganglionar (bacteria que afecta y desarrolla en la zona del cuello y axilas) puede contagiar a otras personas?

¿Considera usted que al tener la tuberculosis ganglionar (bacteria que afecta y desarrolla en la zona del cuello y axilas) puede contagiar a otras personas?

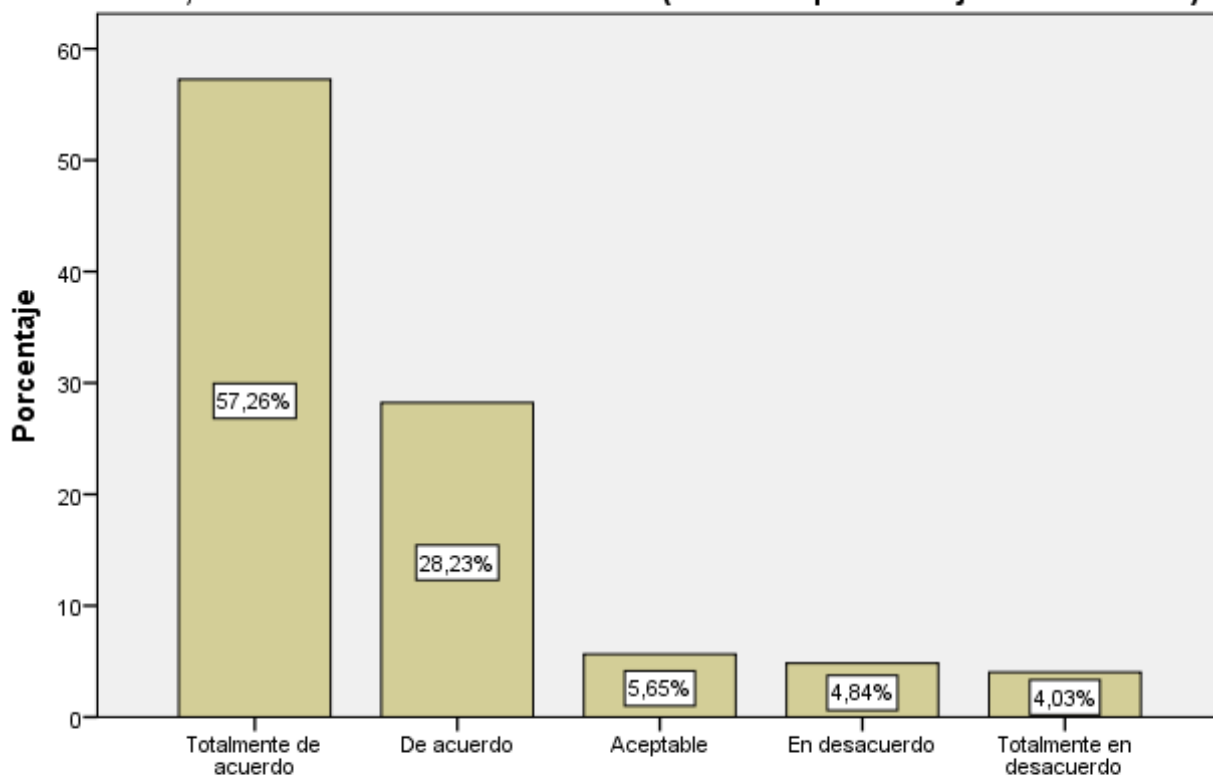


¿Considera usted que al tener la tuberculosis ganglionar (bacteria que afecta y desarrolla en la zona del cuello y axilas) puede contagiar a otras personas?

Interpretación: De los encuestados el 65,32% se encuentra totalmente de acuerdo que la tuberculosis ganglionar puede contagiar a otras personas, por otra parte el 25,00% se encuentra de acuerdo, el 8,06% se encuentra en desacuerdo y el 1,61% no está ni de acuerdo ni desacuerdo.

Pregunta 12: ¿Considera usted que debería tener conocimiento que existen otros tipos de tuberculosis, como la tuberculosis cerebral (bacteria que se aloja en el cerebro)?

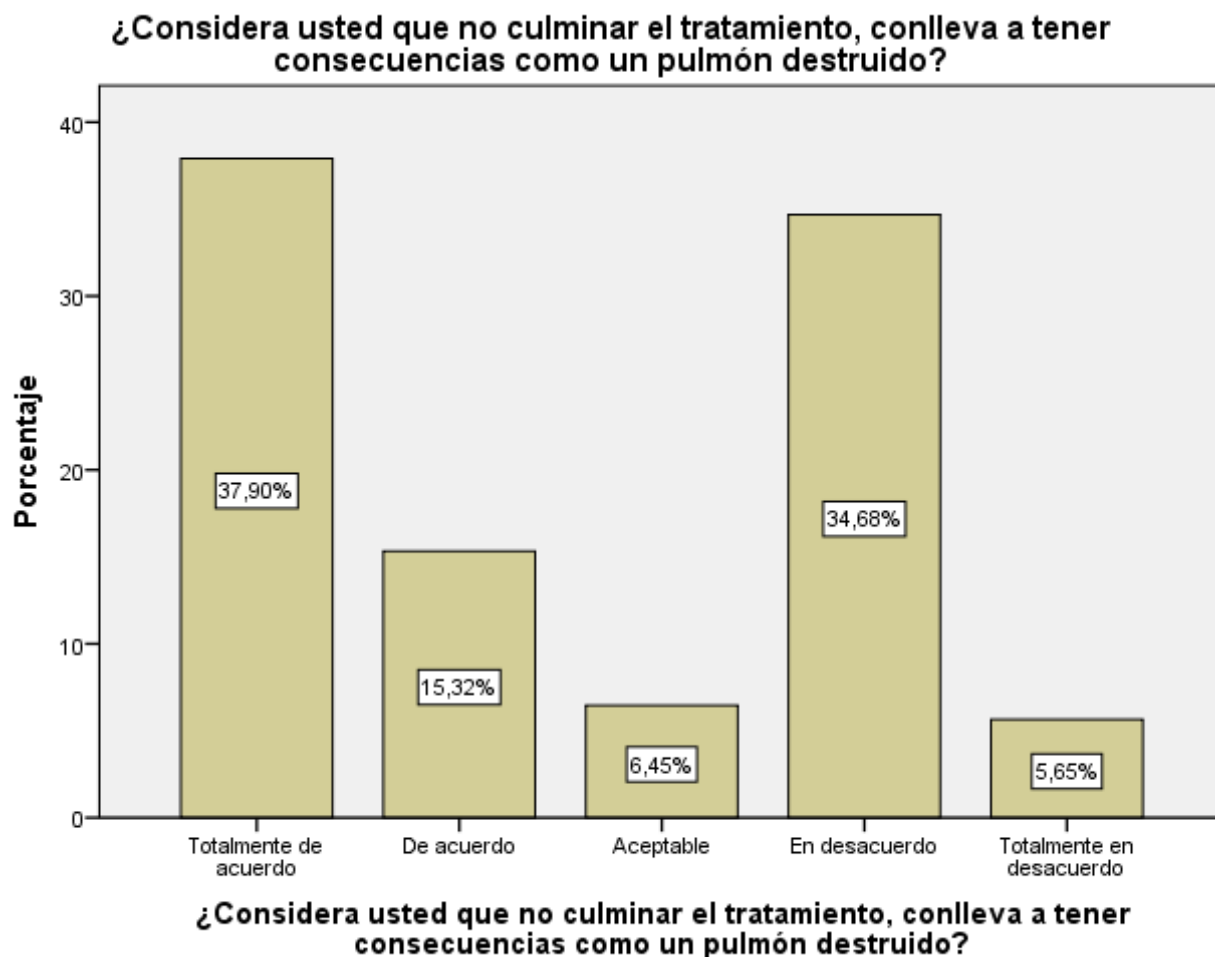
¿Considera usted que debería tener conocimiento que existen otros tipos de tuberculosis, como la tuberculosis cerebral (bacteria que se aloja en el cerebro)?



¿Considera usted que debería tener conocimiento que existen otros tipos de tuberculosis, como la tuberculosis cerebral (bacteria que se aloja en el cerebro)?

Interpretación: De la totalidad de encuestados el 57,26% está totalmente de acuerdo que se debería de tener conocimiento de la existencia de otro tipos de tuberculosis, el 28,23% está de acuerdo, el 5,65% no se encuentra ni de acuerdo ni desacuerdo, el 4,84% está en desacuerdo y por otro lado el 4,03 está totalmente en desacuerdo.

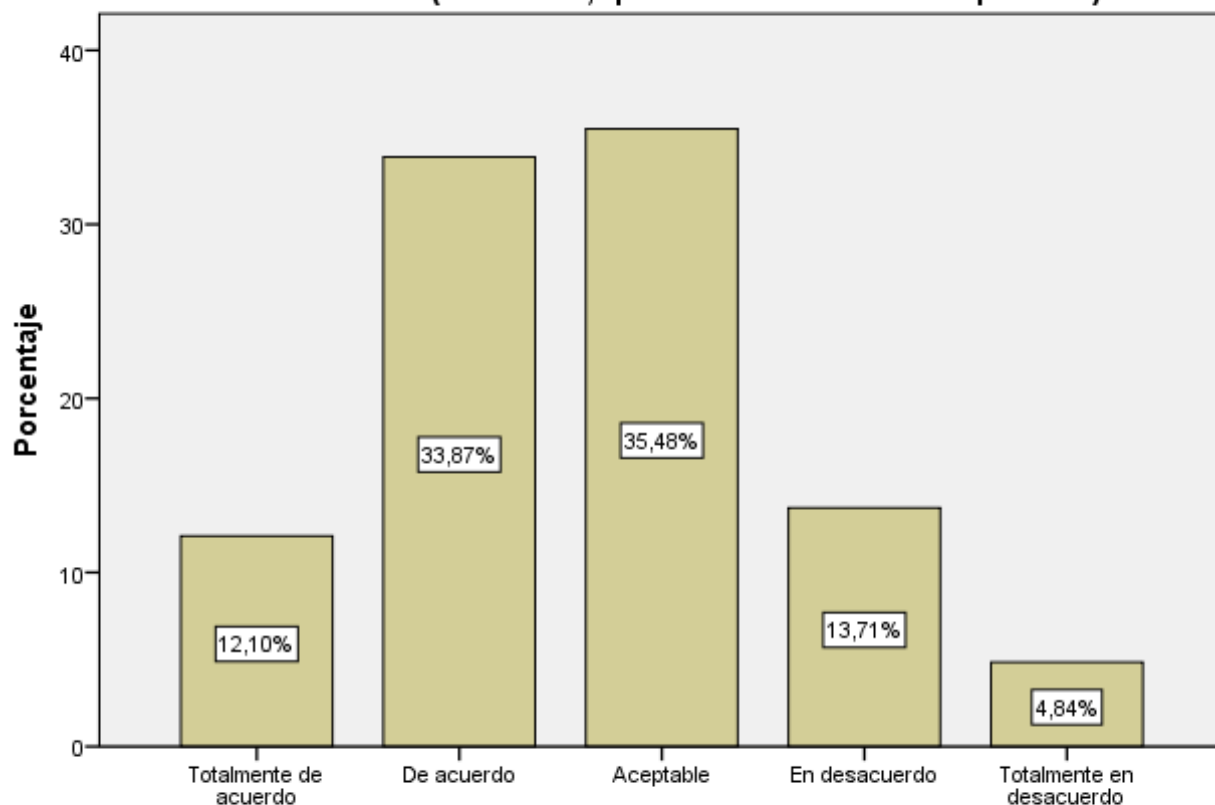
Pregunta 13: ¿Considera usted que no culminar el tratamiento, conlleva a tener consecuencias como un pulmón destruido?



Interpretación: De la totalidad de encuestados el 37,90% está totalmente de acuerdo que las personas que no culminan el tratamiento, podrían tener consecuencias como un pulmón destruido, el otro 34,68% está en desacuerdo, el 15,32% se encuentra de acuerdo, por otra parte el 6,45% no está ni de acuerdo ni desacuerdo y por último el 5,65% está totalmente en desacuerdo.

Pregunta 14: ¿Tiene usted conocimiento, que al culminar el tratamiento quedan lesiones como cavidades residuales (cicatrices, que se encuentran en el pulmón)?

¿Tiene usted conocimiento, que al culminar el tratamiento quedan lesiones como cavidades residuales (cicatrices, que se encuentran en el pulmón)?

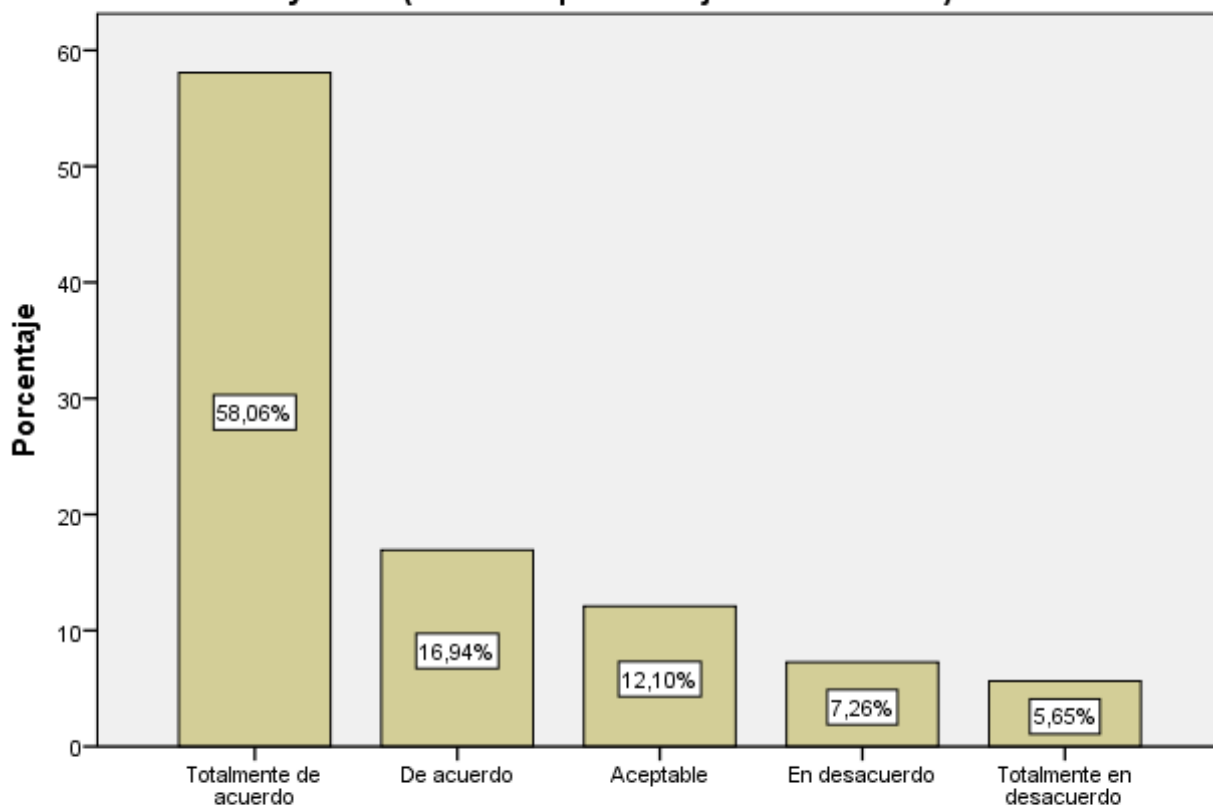


¿Tiene usted conocimiento, que al culminar el tratamiento quedan lesiones como cavidades residuales (cicatrices, que se encuentran en el pulmón)?

Interpretación: De la cantidad de encuestados el 35,48% no está ni de acuerdo ni desacuerdo que al culminar el tratamiento quedan lesiones como las cavidades residuales en los pulmones, el otro 33,87% sí está de acuerdo, mientras que el 13,71% se encuentra en desacuerdo, el 12,10% está totalmente de acuerdo y por último el 4,84% está totalmente en desacuerdo.

Pregunta 15: ¿Considera usted que la tuberculosis pericárdica se puede presentar en adultos mayores? (Bacteria que se aloja en el corazón)?

¿Considera usted que la tuberculosis pericárdica se puede presentar en adultos mayores? (Bacteria que se aloja en el corazón)?

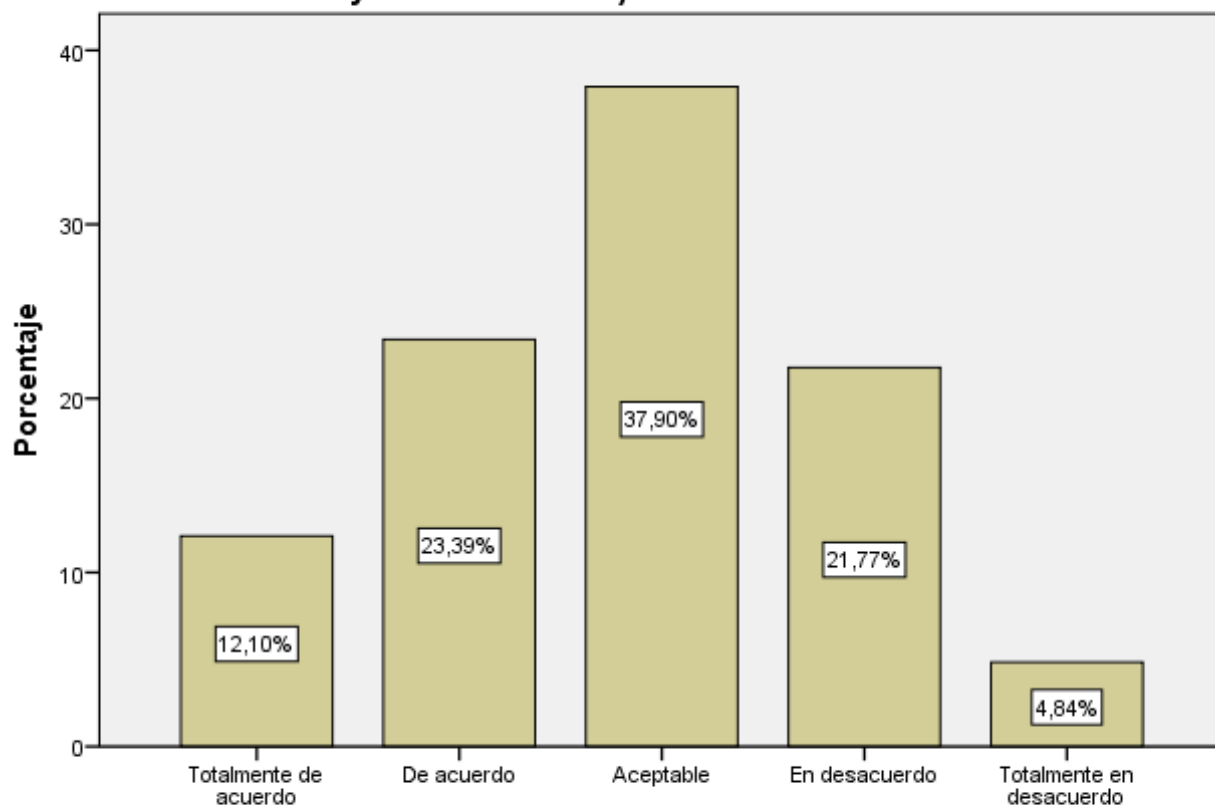


¿Considera usted que la tuberculosis pericárdica se puede presentar en adultos mayores? (Bacteria que se aloja en el corazón)?

Interpretación: De la totalidad de encuestados el 58,06% está totalmente de acuerdo que la tuberculosis pericárdica se presenta en adultos mayores, el otro 16,94% se encuentra de acuerdo, el 12,10% no está ni de acuerdo ni desacuerdo, el 7,26% está en desacuerdo y por último el 5,65% está totalmente en desacuerdo.

Pregunta 16: ¿Considera usted que la tuberculosis osteoarticular (bacteria que se aloja en los huesos y/o articulaciones) es la menos frecuente?

¿Considera usted que la tuberculosis osteoarticular (bacteria que se aloja en los huesos y/o articulaciones) es la menos frecuente?

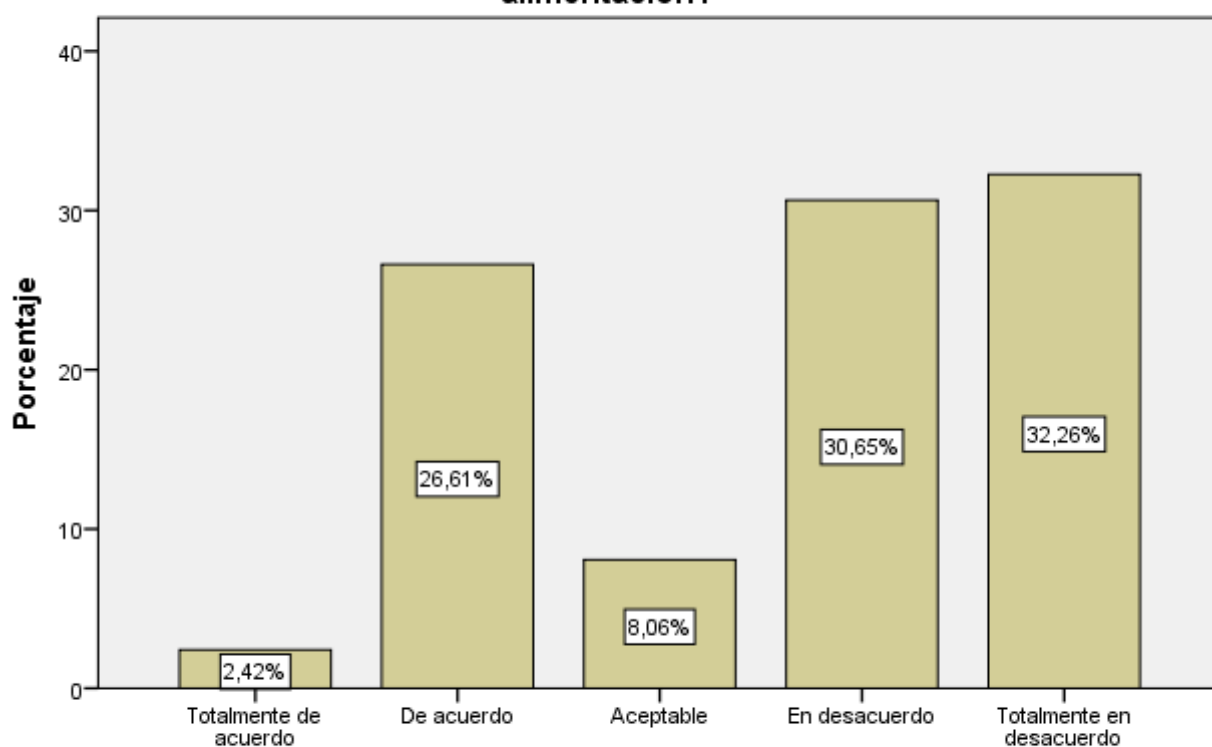


¿Considera usted que la tuberculosis osteoarticular (bacteria que se aloja en los huesos y/o articulaciones) es la menos frecuente?

Interpretación: De la totalidad de encuestados el 37,90% no está ni de acuerdo ni desacuerdo que la tuberculosis osteoarticular es la menos frecuente, mientras que un 23,39% si está de acuerdo, el 21,77% está en desacuerdo, el 12,10% está totalmente de acuerdo y por último el 4,84% está totalmente en desacuerdo.

Pregunta 17: ¿Considera usted que tener la tuberculosis del aparato digestivo (bacteria que se aloja en el del aparato digestivo) ya no le permitiría tener una buena alimentación?

¿Considera usted que tener la tuberculosis del aparato digestivo (bacteria que se aloja en el del aparato digestivo) ya no le permitiría tener una buena alimentación?



¿Considera usted que tener la tuberculosis del aparato digestivo (bacteria que se aloja en el del aparato digestivo) ya no le permitiría tener una buena alimentación?

Interpretación: De la cantidad de encuestados el 32,26% está totalmente en desacuerdo que la tuberculosis del aparato digestivo ya no le permitirá tener una buena alimentación a quienes la padecieron, el 30,65% está en desacuerdo, mientras que el 26,61% está de acuerdo, el 8,06% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo y por último el 2,42% está totalmente de acuerdo.